



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA

ANDRÉA ARIADNA SANTOS CORREIA

**O “DOIDO” CRIMINOSO CONTRA O RESTO DO MUNDO:  
UM ESTUDO SOBRE A LEGALIDADE DA INTERNAÇÃO CAUTELAR NO  
HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO DE SALVADOR - BA**

Salvador

2024

ANDRÉA ARIADNA SANTOS CORREIA

**O “DOIDO” CRIMINOSO CONTRA O RESTO DO MUNDO:  
UM ESTUDO SOBRE A LEGALIDADE DA INTERNAÇÃO CAUTELAR NO  
HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO DE SALVADOR - BA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Pessoa Lepikson.

Linha de Pesquisa: Direitos Sociais e Novos Direitos, Construções de Sujeitos e Cidadania.

Salvador

2024

Correia, Andréa Ariadna Santos

O "Doido" criminoso contra o resto do mundo: um estudo sobre a legalidade da internação cautelar no hospital de custódia e tratamento de Salvador – Ba / Andréa Ariadna Santos Correia. – 2024.

224 p.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Pessôa Lepikson.

Tese (doutorado) - Universidade Católica do Salvador, Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade, Salvador, 2024.

1. Prisões cautelares. 2. Internação provisória. 3. Hospital de custódia. 4. Reforma psiquiátrica. 5. Sistema prisional. I. Lepikson, Maria de Fátima Pessôa, (Orient.). II. Universidade Católica do Salvador. III. Título.

CDU 343.852

TERMO DE APROVAÇÃO

ANDRÉA ARIADNA SANTOS CORREIA

“O "DOIDO" CRIMINOSO CONTRA O RESTO DO MUNDO: UM ESTUDO  
SOBRE A LEGALIDADE DA INTERNAÇÃO CAUTELAR NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA  
E TRATAMENTO DE SALVADOR -BA”

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de doutora em Políticas  
Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 29 de novembro de 2024.

Banca Examinadora:

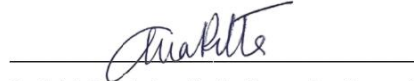


Prof.(a). Dr.(a) Maria de Fátima Pessôa Lepikson - UCSAL (orientadora)



Prof.(a) Dr.(a) Kátia Oliver de Sá - UCSAL

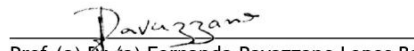
Documento assinado digitalmente  
gov.br KÁTIA OLIVER DE SA  
Data: 21/01/2025 15:41:50-0300  
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>



Prof.(a) Dr.(a) Ana Maria Fernandes Pitta - UCSAL



Prof.(a) Dr.(a) Heleni Duarte Dantas de Ávila - UFRB



Prof.(a) Dr.(a) Fernanda Ravazzano Lopes Baqueiro - UFBA

Documento assinado digitalmente  
gov.br CLAUDIA REGINA DE OLIVEIRA VAZ TORRES  
Data: 23/01/2025 21:07:47-0300  
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof.(a) Dr.(a) Claudia Regina de Oliveira Vaz Torres - UNEB

Dedico este trabalho, com profunda gratidão, a todos que, de algum modo, estiveram ao meu lado durante sua construção, apoiando e incentivando, mesmo quando minha presença lhes faltou. Dedico também às pessoas em sofrimento psíquico, que, pela falta de suporte e atenção das políticas públicas e de agentes públicos, seguem enfrentando desafios que muitas vezes roubam suas possibilidades de vida plena e digna. Que este trabalho seja, de alguma forma, uma pequena contribuição para um futuro mais justo e acolhedor.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o resultado de uma longa jornada que não teria sido possível sem o apoio, o carinho e o incentivo de pessoas muito especiais, cuja dedicação e presença foram fundamentais em cada etapa desta caminhada.

Em primeiro lugar, expresso minha profunda gratidão aos meus pais, Evandro e Conceição, por me darem as bases mais sólidas e amorosas que eu poderia desejar. Vocês sempre me ensinaram o valor da educação, do trabalho árduo e da perseverança. Seus ensinamentos e apoio incondicional me trouxeram até aqui, e este trabalho é, em grande parte, fruto do que vocês plantaram em mim.

Às minhas queridas tias Lourdes, Vera e Bernadete, não posso deixar de registrar um agradecimento muito especial. Vocês foram mais que tias, foram verdadeiras mães ao longo da minha vida. Renunciaram a suas próprias jornadas para se dedicarem ao meu crescimento e à minha educação, adotando-me de coração e garantindo que eu tivesse as oportunidades de estudo e desenvolvimento que moldaram quem sou hoje. O amor, o cuidado e a dedicação de vocês me sustentaram em todos os momentos, e sem o sacrifício de suas próprias vidas em favor do meu futuro, eu jamais teria chegado até aqui. Agradeço do fundo do meu coração por tudo o que fizeram por mim, e esta conquista também pertence a vocês.

Ao meu marido, filhas e filhos, a quem devo uma imensa gratidão por todo o amor e paciência ao longo desta caminhada. Foram vocês que me sustentaram nos momentos mais difíceis, me oferecendo apoio incondicional e compreensão, mesmo quando o tempo dedicado aos estudos exigiu sacrifícios familiares. O meu sucesso é o nosso sucesso, e eu não teria conseguido sem vocês ao meu lado.

Ao meu irmão, Evandro Luís Santos de Jesus, meu agradecimento pelo companheirismo e incentivo constantes. Sua força e apoio me inspiraram a seguir em frente, mesmo quando os desafios pareciam intransponíveis. Obrigada por sempre acreditar em mim.

À minha orientadora, Fátima Lepikson, deixo um agradecimento especial. Sua sabedoria, paciência e orientação foram luzes que guiaram este trabalho. O caminho não teria sido o mesmo sem sua dedicação e generosidade. Obrigada por me guiar com tanta competência e sensibilidade.

Às ilustres professoras Doutoradas da banca, agradeço profundamente pelo tempo e pelas valiosas contribuições. Suas observações e sugestões foram essenciais para o

aprimoramento deste trabalho. Agradeço pelo rigor acadêmico e pela dedicação com que analisaram e enriqueceram esta pesquisa.

À minha amiga querida, Ingrid Nascimento Simões, meu reconhecimento pela amizade sólida e pelo apoio contínuo. Sua presença fez com que esta jornada fosse mais leve e cheia de significados. Obrigada por estar sempre ao meu lado, oferecendo seu carinho e palavras de encorajamento.

Ao estagiário Artur Souza, meu agradecimento pela disposição e comprometimento ao auxiliar em várias etapas deste trabalho. Sua ajuda foi valiosa e fez uma grande diferença.

A todas essas pessoas, meu mais sincero e profundo agradecimento. Cada uma delas contribuiu de maneira única para que eu pudesse chegar até aqui, e esta conquista também é de vocês.

## RESUMO

CORREIA, A.A.S. O “doido” criminoso contra o mundo: um estudo sobre a legalidade da internação cautelar no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador - BA. 2024. Tese (Doutorado em Políticas Sociais e Cidadania) – Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2024.

A pesquisa analisou a legalidade da manutenção de internações cautelares provisórias de réus considerados (ou com suspeita de serem) inimputáveis, no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) da Bahia, sob a perspectiva de possíveis violações de direitos no Estado da Bahia. Por meio do exame de decisões judiciais e laudos psiquiátricos, constatou-se que o uso recorrente da internação provisória, sem reavaliação periódica, configura um mecanismo de exclusão social, em afronta ao Código de Processo Penal (especialmente os arts. 282 e 319), à Lei 10.216/2001, ao Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015) e a tratados internacionais de direitos humanos, como as Regras de Mandela e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU). O estudo quantitativo e qualitativo revela que a carência de serviços de saúde mental na maioria dos municípios do interior da Bahia – boa parte sem Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – fortalece a prática de manter os indivíduos em internação compulsória por tempo indeterminado. Essa realidade é agravada pela ausência de avaliações concretas de periculosidade e pela aplicação indiscriminada de medidas cautelares diversas da prisão, que, na prática, tornam-se uma forma de confinamento prolongado. Em tal cenário, o HCTP funciona como espaço de contenção em detrimento do cuidado e da reabilitação, reforçando padrões raciais e de classe que marginalizam grupos vulneráveis. A revisão da literatura, ancorada em teóricos como Erving Goffman (“instituição total”), Michel Foucault (“poder disciplinar”), Alessandro Baratta e Eugenio Raúl Zaffaroni, demonstrou como a internação compulsória prolongada reproduz um sistema de opressão, voltado ao controle social dos “indesejáveis”. Nesse sentido, o HCTP acaba por desrespeitar a própria finalidade terapêutica, tornando-se instrumento de segregação. A falta de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e de serviços comunitários contraria a Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e a Lei 10.216/2001, que preconizam a excepcionalidade da internação e a prioridade do cuidado em liberdade. Em conclusão, a tese sustenta que a manutenção de internações cautelares provisórias no HCTP da Bahia é ilegal e configura constrangimento ilegal, pois viola princípios constitucionais, disposições do Código de Processo Penal e tratados internacionais de direitos humanos. Defende-se, assim, a necessidade de revisão das decisões judiciais que impõem a internação sem fundamentação concreta, bem como o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como forma de assegurar tratamento adequado, evitando o uso abusivo e discriminatório da internação psiquiátrica. A superação desse modelo requer investimentos em saúde mental comunitária e políticas públicas inclusivas, em consonância com os valores constitucionais de dignidade da pessoa humana, autonomia e não discriminação.

**Palavras-chave:** prisões cautelares. internação provisória. hospital de custódia e tratamento da Bahia. reforma psiquiátrica. sistema prisional.

## RESUMEN

CORREIA, A.A.S. El “loco” criminal contra el mundo: un estudio sobre la legalidad de la internación cautelar en el Hospital de Custodia y Tratamiento de Salvador - BA. 2024. Tesis (Doctorado en Políticas Sociales y Ciudadanía) – Universidad Católica de Salvador, Salvador, 2024.

La investigación analizó la legalidad de la mantención de internaciones cautelares provisionales de acusados considerados (o con sospecha de ser) inimputables, en el Hospital de Custodia y Tratamiento Psiquiátrico (HCTP) da Bahia, desde la perspectiva de posibles violaciones de derechos en el estado de Bahía. A través del examen de decisiones judiciales e informes psiquiátricos, se constató que el uso recurrente de la internación provisional, sin reevaluación periódica, se configura como un mecanismo de exclusión social, en contravención del Código de Proceso Penal (especialmente los arts. 282 y 319), la Ley 10.216/2001, el Estatuto de la Persona con Discapacidad (Ley 13.146/2015) y tratados internacionales de derechos humanos, como las Reglas Mandela y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU). El estudio cuantitativo y cualitativo revela que la carencia de servicios de salud mental en la mayoría de los municipios del interior de la Bahía – en gran parte sin Centros de Atención Psicosocial (CAPS) – refuerza la práctica de mantener a los individuos en internación obligatoria por tiempo indefinido. Esta realidad se ve agravada por la falta de evaluaciones concretas de peligrosidad y la aplicación indiscriminada de medidas cautelares diferentes de la prisión, que, en la práctica, se convierten en una forma de confinamiento prolongado. En tal escenario, el HCTP funciona como un espacio de contención en detrimento de la atención y la rehabilitación, reforzando patrones raciales y de clase que marginan a grupos vulnerables. La revisión de la literatura, basada en teóricos como Erving Goffman (“institución total”), Michel Foucault (“poder disciplinario”), Alessandro Baratta y Eugenio Raúl Zaffaroni, demostró cómo la internación obligatoria prolongada reproduce un sistema de opresión orientado al control social de los “indeseables”. En este sentido, el HCTP termina por ignorar la finalidad terapéutica, convirtiéndose en un instrumento de segregación. La falta de un Proyecto Terapéutico Singular (PTS) y de servicios comunitarios contraviene la Resolución 487/2023 del Consejo Nacional de Justicia (CNJ) y la Ley 10.216/2001, que establecen la excepcionalidad de la internación y la prioridad de la atención en libertad. En conclusión, la tesis sostiene que la mantención de internaciones cautelares provisionales en el HCTP de la Bahia es ilegal y constituye un confinamiento ilícito, pues viola principios constitucionales, disposiciones del Código de Proceso Penal y tratados internacionales de derechos humanos. Por tanto, se aboga por la necesidad de revisar las decisiones judiciales que imponen la internación sin fundamentos concretos, así como por el fortalecimiento de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) como forma de asegurar una atención adecuada, evitando el uso abusivo y discriminatorio de la internación psiquiátrica. Superar este modelo requiere inversiones en salud mental comunitaria y políticas públicas inclusivas, en consonancia con los valores constitucionales de dignidad de la persona humana, autonomía y no discriminación.

**Palabras clave:** prisiones cautelares; internación provisional; hospital de custodia y tratamiento de Bahía; reforma psiquiátrica; sistema penitenciario.

## ABSTRACT

CORREIA, A.A.S. The “crazy” criminal against the world: a study on the legality of preventive hospitalization at the Custody and Treatment Hospital in Salvador - BA. 2024. Thesis (Doctorate in Social Policies and Citizenship) – Catholic University of Salvador, Salvador, 2024.

This research analyzed the legality of maintaining provisional preventive hospitalizations for defendants deemed (or suspected of being) not criminally responsible in the Custody and Psychiatric Treatment Hospital (HCTP) in Bahia, from the perspective of possible rights violations in the state of Bahia. Through the examination of court decisions and psychiatric reports, it was found that the recurrent use of provisional hospitalization, without periodic re-evaluation, constitutes a mechanism of social exclusion, in contravention of the Code of Criminal Procedure (especially Articles 282 and 319), Law No. 10,216/2001, the Persons with Disabilities Statute (Law No. 13,146/2015), and international human rights treaties, such as the Mandela Rules and the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The quantitative and qualitative study reveals that the lack of mental health services in most municipalities in the interior of Bahia – many of which do not have Psychosocial Care Centers (CAPS) – reinforces the practice of keeping individuals under compulsory hospitalization for indefinite periods. This situation is aggravated by the absence of concrete dangerousness assessments and the indiscriminate application of precautionary measures other than imprisonment, which in practice become a form of prolonged confinement. In this scenario, the HCTP serves as a containment facility rather than a space for care and rehabilitation, reinforcing racial and class patterns that marginalize vulnerable groups. The literature review, based on theorists such as Erving Goffman (“total institution”), Michel Foucault (“disciplinary power”), Alessandro Baratta, and Eugenio Raúl Zaffaroni, demonstrated how prolonged compulsory hospitalization reproduces an oppressive system aimed at the social control of the “undesirables.” Thus, the HCTP ultimately disregards the very therapeutic purpose, becoming an instrument of segregation. The lack of an Individualized Therapeutic Plan (PTS) and community-based services contradicts Resolution No. 487/2023 of the National Council of Justice (CNJ) and Law No. 10,216/2001, which stipulate the exceptional nature of hospitalization and the priority of community-based care. In conclusion, the thesis argues that the maintenance of provisional preventive hospitalizations at the HCTP in Bahia is illegal and constitutes an unlawful constraint, as it violates constitutional principles, the provisions of the Code of Criminal Procedure, and international human rights treaties. Accordingly, it advocates the need for revisiting judicial decisions imposing hospitalization without concrete justification, as well as strengthening the Psychosocial Care Network (RAPS) in order to ensure adequate treatment and prevent the abusive and discriminatory use of psychiatric hospitalization. Overcoming this model requires investment in community mental health and inclusive public policies, in keeping with constitutional values of human dignity, autonomy, and non-discrimination.

**Keywords:** preventive detention; provisional hospitalization; custody and treatment hospital in Bahia; psychiatric reform; prison system.

## RÉSUMÉ

CORREIA, A.A.S. Le «fou» criminel contre le monde: une étude sur la légalité de l'hospitalisation préventive à l'Hôpital de Garde et de Traitement de Salvador - BA. 2024. Thèse (Doctorat en Politiques Sociales et Citoyenneté) – Université Catholique de Salvador, Salvador, 2024.

Cette recherche a analysé la légalité du maintien des hospitalisations préventives provisoires de prévenus considérés (ou soupçonnés d'être) pénalement irresponsables à l'Hôpital de Garde et de Traitement Psychiatrique (HCTP) de Bahia, sous l'angle de possibles violations de droits dans l'État de Bahia. À travers l'examen de décisions judiciaires et de rapports psychiatriques, il a été constaté que le recours récurrent à l'hospitalisation provisoire, sans réévaluation périodique, constitue un mécanisme d'exclusion sociale, en contradiction avec le Code de Procédure Pénale (en particulier les articles 282 et 319), la Loi n° 10.216/2001, le Statut de la Personne Handicapée (Loi n° 13.146/2015) et les traités internationaux relatifs aux droits humains, tels que les Règles Mandela et la Convention relative aux droits des personnes handicapées (ONU). L'étude, combinant approches quantitative et qualitative, révèle que l'absence de services de santé mentale dans la majorité des municipalités de l'intérieur de l'État de Bahia – dont beaucoup ne disposent pas de Centres de Soins Psychosociaux (CAPS) – renforce la pratique de maintenir les individus en hospitalisation obligatoire pour une durée indéfinie. Cette réalité est aggravée par l'absence d'évaluations concrètes de la dangerosité et l'application indiscriminée de mesures préventives différentes de la détention, qui, en pratique, se transforment en une forme d'enfermement prolongé. Dans ce contexte, le HCTP sert d'espace de contention plutôt que de lieu de soins et de réhabilitation, renforçant des schémas raciaux et de classe qui marginalisent les groupes vulnérables. La revue de la littérature, fondée sur des théoriciens tels qu'Erving Goffman (« institution totale »), Michel Foucault (« pouvoir disciplinaire »), Alessandro Baratta et Eugenio Raúl Zaffaroni, a montré comment l'hospitalisation obligatoire prolongée reproduit un système d'oppression axé sur le contrôle social des « indésirables ». Ainsi, le HCTP en vient à ignorer la finalité thérapeutique même, devenant un instrument de ségrégation. L'absence d'un Projet Thérapeutique Singulier (PTS) et de services communautaires contredit la Résolution 487/2023 du Conseil National de Justice (CNJ) et la Loi n° 10.216/2001, qui préconisent le caractère exceptionnel de l'hospitalisation et la priorité des soins en milieu ouvert. En conclusion, la thèse soutient que le maintien des hospitalisations provisoires au HCTP de Bahia est illégal et constitue une contrainte illégitime, car il viole les principes constitutionnels, les dispositions du Code de Procédure Pénale et les traités internationaux de droits humains. Elle préconise donc la révision des décisions judiciaires imposant l'hospitalisation sans justification concrète, ainsi que le renforcement du Réseau de Soins Psychosociaux (RAPS) afin de garantir un traitement adéquat, en évitant l'utilisation abusive et discriminatoire de l'hospitalisation psychiatrique. Vaincre ce modèle requiert des investissements dans la santé mentale communautaire et des politiques publiques inclusives, en accord avec les valeurs constitutionnelles de dignité de la personne humaine, d'autonomie et de non-discrimination.

**Mots-clés:** détentions préventives; hospitalisation provisoire; hôpital de garde et de traitement de Bahia; réforme psychiatrique; système pénitentiaire.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Gênero dos internos no HCTP em fevereiro de 2023.....	103
<b>Gráfico 2</b> – Etnia dos internos no HCTP em fevereiro de 2023 .....	107
<b>Gráfico 3</b> – Faixa etária dos internos no HCTP em fevereiro de 2023.....	110
<b>Gráfico 4</b> – Território origem dos internos no HCTP em fevereiro de 2023 .....	114
<b>Gráfico 5</b> – Escolaridade dos internos no HCTP em fevereiro de 2023 .....	118
<b>Gráfico 6</b> – Tipo de delito cometido pelos internos no HCTP - fevereiro de 2023 .....	120
<b>Gráfico 7</b> – População de internos no HCTP em agosto de 2023.....	128
<b>Gráfico 8</b> – Presos com preenchimento dos requisitos para aplicação de medida cautelar de internação provisória - agosto de 2023 .....	129
<b>Gráfico 9</b> – Presos com preenchimento dos requisitos para a decretação da internação cautelar provisória - agosto de 2023 .....	130
<b>Gráfico 10</b> – Presos com cautelar de internação provisória - indicação de internação - agosto de 2023 .....	131
<b>Gráfico 11</b> – Presos com cautelar de internação provisória - tempo de internação - agosto de 2023 .....	132
<b>Gráfico 12</b> – RAPS que atendem aos critérios populacionais, segundo os municípios de origem dos presos com cautelar de internação provisória - agosto de 2023 .....	133
<b>Gráfico 13</b> – Leito psiquiátrico hospitalar de referência nas RAPS, segundo as macrorregionais de saúde identificadas a partir da origem dos presos com cautelar de internação provisória - agosto de 2023.....	134
<b>Gráfico 14</b> – Presos com Cautelar de Internação Provisória – laudos com indicação de Tratamento Ambulatorial - agosto de 2023 .....	134

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APEC - Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada  
CESAU - Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde  
CF/1988 - Constituição Federal de 1988  
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial  
CNJ - Conselho Nacional de Justiça  
CNMP - Conselho Nacional do Ministério Público  
CNPCCP - Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária  
CP - Código Penal  
CPP - Código de Processo Penal  
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social  
CREAS - Centro Especializado de Assistência Social  
CRC - Coordenação de Registro e Controle  
DEPEN - Departamento Penitenciário Nacional  
EAP - Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei  
HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico  
LEP - Lei de Execução Penal  
ONU - Organização das Nações Unidas  
PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator  
PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental  
PTS - Projetos Terapêuticos Singulares  
PVC - Programa de Volta para Casa  
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial  
RAS - Rede de Atenção à Saúde  
SEAP - Secretaria de Administração Penitenciária  
SEDH - Secretaria Especial dos Direitos Humanos  
SENAPPEN - Secretaria Nacional de Políticas Penais  
SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos  
UAs - Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento

## NOTA DA AUTORA

A escolha do título “O ‘doido’ criminoso contra o resto do mundo” não representa, em hipótese alguma, uma forma de desrespeito às pessoas com transtornos mentais. O termo “doido” foi empregado de maneira deliberada, em tom provocativo, com o propósito de suscitar no leitor o desconforto inicial que leva à reflexão crítica sobre a condição de quem sofre de um transtorno mental e, ainda assim, é rotulado e tratado de forma estigmatizante pela sociedade e pelo sistema penal.

Essa estratégia de “choque” se inspira em teóricos como Michel Foucault, Erving Goffman e demais pesquisadores que analisaram historicamente o uso de termos como “louco”, “alienado” e “doido”. Esses autores não se valem da linguagem pejorativa para endossá-la, mas para desnudar os mecanismos de exclusão que caracterizam a forma como a loucura costuma ser socialmente construída e como a institucionalização (tanto psiquiátrica quanto prisional) reforça a marginalização desses sujeitos.

**Michel Foucault**, em *História da Loucura*, questiona a racionalidade ocidental ao lidar com os “loucos”, mostrando como o discurso médico-jurídico historicamente validou o confinamento. Por sua vez, **Erving Goffman**, em *Manicômios, Prisões e Conventos*, demonstra, pela noção de “instituição total”, como a sociedade coloca os “loucos” em espaços de reclusão, rotulando-os e retirando-lhes a individualidade.

**Franco Basaglia**, **Nise da Silveira** e **Jurandir Freire Costa**, no contexto da reforma psiquiátrica, também chamaram atenção para a carga pejorativa e estigmatizante com que a linguagem popular se refere às pessoas com transtorno mental, ao passo que defendiam a necessidade de humanização e cuidado em liberdade.

Assim, ao resgatar o termo “doido” no título, objetiva-se evidenciar de modo contundente como o discurso social e jurídico rotula indivíduos em sofrimento psíquico de forma estigmatizante, como se fossem “perigosos” ou “criminosos” que deveriam ser isolados do convívio social. Longe de endossar ou reforçar esse rótulo, a escolha retoma criticamente a forma como, ao longo da história, esses sujeitos foram (e ainda são) reconhecidos pela sociedade: ora tratados como “inimputáveis” sem voz, ora criminalizados em razão de atos considerados ilícitos, ora simplesmente “apartados” do mundo.

A expressão “doido” criminoso, portanto, tem o sentido de **expor**, e não de **legitimar**, a visão estereotipada e pejorativa que se costuma atribuir àquele que transgride uma norma penal ao mesmo tempo em que apresenta transtorno mental. Ao vislumbrar

tal expressão já na capa do trabalho, o leitor é convidado a refletir sobre a complexidade desse tema – uma reflexão que atravessa todo o desenvolvimento da tese, à luz das políticas públicas e do arcabouço legal que deveriam proteger e acolher, mas frequentemente culminam em exclusão e violação de direitos.

Em síntese, o uso do termo “doido” **não é endossado** como forma de denominar ou descrever essas pessoas, mas sim uma **estratégia crítica** de exposição da rotulagem histórica e social.

Visa **provocar**, por meio do desconforto, a discussão sobre o **status** dessas pessoas em conflito com a lei e em sofrimento psíquico. **Dialoga** com a tradição de autores que, ao expor a terminologia pejorativa, **desconstroem** sua legitimidade, mostrando as injustiças e os mecanismos de exclusão.

Dessa maneira, o título cumpre a função de **chamar a atenção para a realidade** que será investigada ao longo da tese, bem como **questionar** os discursos e as práticas que, historicamente, marcaram as pessoas com transtorno mental como “loucas” ou “doidas” e, por extensão, legitimaram institucionalizações punitivas e tratamentos desumanos

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
1.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO .....	26
<b>2 O MANICÔMIO E A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL</b> .....	37
<b>3 ASPECTOS NÃO REVELADOS DA PENA</b> .....	45
3.1 PENA E MEDIDA DE SEGURANÇA .....	54
<b>4 A MEDIDA CAUTELAR DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA</b> .....	66
4.1 A RESOLUÇÃO 487 DE 2023 DO CNJ – TENTATIVA DE REORDENAMENTO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL .....	75
<b>5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS: CONTENÇÃO DE HUMANAS E HUMANOS NO HCTP DA BAHIA</b> .....	93
5.1 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS E DOS RESULTADOS.....	94
5.1.1 PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS .....	96
5.1.1.1 Procedimento Administrativo n.º 1 .....	96
5.1.1.2 Procedimento Administrativo n.º 2 .....	97
5.1.1.3 Procedimento Administrativo n.º 3 .....	99
5.1.1.4 Procedimento Administrativo n.º 4 .....	101
<b>6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA DE CAMPO</b> ..	103
6.1 PERFIL DOS INTERNOS DO HCTP DA BAHIA .....	103
6.2 DADOS DOS INTERNOS NOS PROCESSOS JUDICIAIS .....	135
6.3 ANÁLISE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) BAIANA .....	179
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	209
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	215

## 1 INTRODUÇÃO

O tema da pesquisa surgiu a partir das atividades exercidas pela pesquisadora que, desde agosto de 2020, trabalha na fiscalização de unidades prisionais no município de Salvador, dentre as quais está o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), que tem por finalidade acolher pacientes para cumprimento de medida de segurança<sup>1</sup> de internação, prevista no artigo 96 do Código Penal Brasileiro (Brasil, [2024a]).

Desde o início das inspeções no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, também conhecido como manicômio judiciário, identificou-se discurso indignado de servidores ali lotados (lotadas), a respeito da existência de pacientes internados (internadas), naquele equipamento público, em razão da aplicação de medida cautelar de internação provisória<sup>2</sup>.

Tais pacientes eram encaminhados para aquela unidade prisional, em tese, para a realização de exame pericial, para identificação de serem, ou não, inimputáveis<sup>3</sup> ou semi-imputáveis<sup>4</sup>, e, em muitos casos, ali permaneciam por muito tempo, sem que os processos judiciais tivessem o devido andamento.

Identificou-se, ainda, que, após o recebimento do laudo pericial, independente do resultado, ou sugestão de terapêutica pelos médicos peritos, esses pacientes eram mantidos no Hospital de Custódia e Tratamento, com medida cautelar de internação provisória.

O mote principal da insatisfação, porém, era o fato de a manutenção desses pacientes em unidade prisional quando, desde 2001, a determinação para o cumprimento

---

<sup>1</sup> No Código Penal Brasileiro, as medidas de segurança são abordadas nos artigos 96 a 99. De acordo com o artigo 96, as medidas de segurança incluem: I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - Sujeição a tratamento ambulatorial (Brasil, [2024a]).

<sup>2</sup> Medida Cautelar de Internação Provisória - Segundo o artigo 319, VII, do Código de Processo Penal, que trata sobre as medidas cautelares diversas da prisão, a internação provisória do acusado nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem ser inimputável ou semi-imputável (art. 26 do Código Penal) e houver risco de reiteração (Brasil, [2024b]).

<sup>3</sup> Inimputáveis - Conforme o artigo 26 do Código Penal, são inimputáveis aqueles que por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (Brasil, [2024a]).

<sup>4</sup> Semi-imputáveis - Disciplinado no parágrafo único do artigo 26 do Código Penal, refere-se àqueles que em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não eram inteiramente capazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (Brasil, [2024a]).

da internação deveria ocorrer em leitos psiquiátricos de hospitais gerais e não em unidade prisional, em cujo perfil se insere o HCTP.

A partir dessa realidade, surgiu o desejo de ampliar o estudo, de forma a identificar as causas da manutenção de pacientes com transtorno mental, em equipamento público que não atende aos requisitos das políticas públicas de saúde mental, bem como as fundamentações legais para justificar a segregação desses pacientes, em cumprimento de cautelar de internação provisória.

Isso porque, com o advento da Lei 10.1216/2001, a internação se torna medida excepcional, somente sendo admitida em casos graves, levando-se em consideração o estado pessoal do paciente e a necessidade de sua estabilização.

Outro fator que chamou a atenção foi o fato de não haver prazo estipulado para o cumprimento dessas medidas, ou a temporalidade para avaliação da necessidade de sua continuidade, ao contrário das prisões preventivas<sup>5</sup>, cujo legislador previu o prazo de 90 dias, para reanálise do preenchimento dos seus requisitos.

A partir do diálogo com a equipe biopsicossocial<sup>6</sup> da unidade prisional HCTP, foi possível identificar que, ao longo do tempo, desde o início da vigência da Lei 10.216/2001 - Lei de Reforma Psiquiátrica, algumas iniciativas ocorreram no estado da Bahia, com vistas a reduzir o número de residentes no HCTP e viabilizar a saída daqueles considerados como “abandonados sociais”, ou residentes, para residências terapêuticas, além da redução da população, com o encaminhamento dos pacientes para suas famílias, para continuarem com o tratamento ambulatorial.

Com esse objetivo, no ano 2004, quando mais de 400 pessoas habitavam o HCTP, houve a recondução de muitos pacientes ao convívio familiar e territorial. Era de se esperar que, após quase 20 anos desde esta ação, não mais fossem encontrados pacientes em estado irregular no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador, porém dados recentes do ano de 2023<sup>7</sup>, apontaram quantitativo superior a 200 pacientes

---

<sup>5</sup> Prazo para revisão da prisão preventiva - o parágrafo único do artigo 316 do Código de Processo Penal prevê decretada a prisão preventiva, deverá o órgão emissor da decisão revisar a necessidade de sua manutenção a cada 90 (noventa) dias, mediante decisão fundamentada, de ofício, sob pena de tornar a prisão ilegal (Brasil, [2024b]).

<sup>6</sup> O modelo biopsicossocial é uma abordagem multidisciplinar que compreende as dimensões biológica, psicológica e social de um indivíduo (PUC-Digital, 2021). Disponível em: <https://posdigital.pucpr.br/blog/modelo-https://posdigital.pucpr.br/blog/modelo-biopsicossocial>. Acesso em: 02 nov. 2024.

<sup>7</sup> O documento foi extraído do Procedimento IDEA n.º 003.9.67402/2023, em curso na 4.ª Promotoria de Execução Criminal de Salvador. IDEA: Sistema Integrado de Dados, Estatística

internados no HCTP da Bahia, na condição de réus em processos criminais, ou já sentenciados, em cumprimento de medida de segurança.

Tal realidade se mostra, em outros estados da Federação, a indicar se tratar de questão endêmica no País, à exceção dos Estados de Minas Gerais e Goiás, que possuem, em curso, já há algum tempo, os programas Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ<sup>8</sup>) e Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)<sup>9</sup>.

Com vistas a fazer cumprir as determinações da Lei de Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001), em fevereiro de 2023, publicou-se a Resolução 487/2023, pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Essa Resolução, cuja vigência se iniciou em maio de 2023, determina, dentre outras coisas, que todos os pacientes do HCTP deverão passar por avaliação, para identificação da necessidade do tipo de tratamento adequado, se de internação ou tratamento ambulatorial. A partir da indicação da terapêutica, pela equipe interdisciplinar do hospital, aqueles que estiverem aptos ao tratamento ambulatorial retornarão para o convívio familiar, ou, não sendo possível, serão encaminhados para residências terapêuticas.

Digno de registro que essa Resolução 487/2023 foi gestada a partir de uma condenação sofrida pelo Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos, no caso Ximenes Lopes<sup>10</sup>, que, dentre outras coisas, determinou-se que o Brasil deveria fazer

---

e Atuação do Ministério Público do Estado da Bahia e dá outras providências, regulamentado no Ato Normativo 022/2016.

<sup>8</sup> PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ, criado por meio da Portaria Conjunta da Presidência nº 25, de 7 de dezembro de 2001, e atualmente previsto na Resolução do Órgão Especial nº 925, de 24 de junho de 2020, que "Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa Novos Rumos no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais". Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/data/files/3E/55/75/6A/D14D57106D6CCB576ECB08A8/Resolucao%20944-2020.pdf>. Acesso em: 10 jun de 2023.

<sup>9</sup> PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, pactuado, mediante convênio, entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás. Disponível em: [https://www.mpgop.mp.br/portal/arquivos/2013/08/19/15\\_33\\_20\\_501\\_mioloPAILI\\_Layout.pdf](https://www.mpgop.mp.br/portal/arquivos/2013/08/19/15_33_20_501_mioloPAILI_Layout.pdf). Acesso em: 10 jun. 2023.

<sup>10</sup> O caso Ximenes Lopes versus Brasil, julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos em 2006 refere-se à morte de Damião Ximenes Lopes, portador de transtornos mentais, ocorrida em 1999, na Casa de Repouso Guararapes, no Ceará. Durante sua internação, Ximenes foi submetido a maus-tratos e negligência, o que culminou em sua morte sob condições desumanas. A irmã de Damião, após esgotar as tentativas de obter justiça no Brasil, recorreu ao Sistema Interamericano de Direitos Humanos, apresentando uma denúncia à Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 1999. O caso foi levado à Corte em 2004, tornando-se a primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana.

A sentença da Corte estabeleceu que o Brasil violou os direitos à vida, integridade pessoal e garantias judiciais de Damião, conforme disposto na Convenção Americana de Direitos Humanos. A Corte destacou a responsabilidade do Estado na regulação e fiscalização de instituições de saúde, mesmo quando geridas por entidades privadas, concluindo que o Brasil falhou em proteger os direitos de Ximenes Lopes.

cumprir os tratados internacionais que protegem os direitos de pessoas com deficiência, dentre as quais aquelas que possuem transtorno mental. Disso resultou a criação, pelo CNJ, do grupo de trabalho Ximenez Lopez, que, por sua vez, elaborou a Resolução 487/2023, com vistas a orientar o Poder Judiciário nacional a efetivar as normativas legais da Lei 10.216/2001, publicada, em fevereiro de 2023.

Como dito, a Resolução, basicamente, replica a Lei 10.216/2001, determinando a obediência aos seus pressupostos, dentre os quais a vedação da manutenção de pacientes judiciários em manicômios judiciários. Logo, poder-se-ia questionar: ora, se já existe uma Lei, qual a lógica de se criar uma Resolução para determinar o seu cumprimento? E se esta Lei já vige há mais de 20 anos, por que razão o CNJ, inopinadamente, decidiu por intervir neste tema?

Talvez estas sejam as questões mais simples a serem respondidas neste processo da luta antimanicomial, porque, em verdade, a quantidade de violações de direitos dedicadas a pessoas vulneráveis, neste país, transborda os limites do absurdo.

Voltando para a Resolução 487/2023 do CNJ, todas as questões suscitadas a partir de sua publicação fizeram com que o desejo de enveredar por esta área de pesquisa aumentasse. Se antes o desejo era identificar as violações de direitos de pessoas com transtornos mental, internadas em unidade prisional, poder acompanhar este processo de implementação da Resolução só aumentou o desejo por respostas. Afinal, como os magistrados baianos responderão à Resolução 487/2023?

Notadamente, seria algo simples a ser resolvido, não fora o fato dos dados estatísticos da Rede de Atenção Psicossocial baiana não serem promissores, conforme

---

Como parte da sentença, o Brasil foi condenado a pagar indenizações à família de Damião, a garantir a responsabilização dos envolvidos e a implementar políticas públicas eficazes na área de saúde mental. Em 2007, o Estado brasileiro cumpriu parcialmente a sentença com o pagamento de indenizações, mas a responsabilização penal dos envolvidos ainda não foi plenamente alcançada.

O caso trouxe um marco importante para os direitos das pessoas com transtornos mentais e a responsabilidade estatal na prestação de serviços de saúde, especialmente em ambientes psiquiátricos, além de evidenciar a importância do sistema interamericano na promoção e proteção dos direitos humanos. Na sentença do caso Ximenes Lopes *versus* Brasil, a Corte Interamericana de Direitos Humanos determinou várias medidas de reparação, além do reconhecimento da responsabilidade do Estado brasileiro. Essas medidas visavam não apenas compensar os danos sofridos pela família de Damião Ximenes Lopes, mas também assegurar que violações semelhantes não voltassem a ocorrer.

Essas medidas visavam não apenas à compensação financeira e moral da família da vítima, mas também a transformar o sistema de saúde mental do Brasil, especialmente no que tange à supervisão e capacitação dos profissionais para garantir que violações de direitos humanos como as ocorridas no caso de Damião não se repitam (Paixão; Frisso; Silva; Carvalho). Informações publicadas pela “Casoteca Latino-americana de Direito e Política Pública” e disponíveis em: [https://direitosp.fgv.br/sites/default/files/2022-01/arquivos/narrativa\\_final\\_-\\_ximenes.pdf](https://direitosp.fgv.br/sites/default/files/2022-01/arquivos/narrativa_final_-_ximenes.pdf), Acesso em: 26 set. 2024.

observado pela equipe da Central de Assessoramento Técnico Interdisciplinar (CATI)<sup>11</sup> do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde (CESAU)<sup>12</sup>, do Ministério Público da Bahia, no diagnóstico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) baiana, no ano de 2023, revisada em maio de 2024. Isto porque ela é composta por reduzido número de Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais, que deveriam receber pacientes quando em estado agudo, sem contar que municípios elegíveis ainda não possuem Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ou os tem em quantitativo inferior ao necessário, para atender à demanda local. Para fechar as estatísticas, não se pode perder de vista o limitado quantitativo de residências terapêuticas, a apontar dificuldades para garantir moradia e atenção dignas para pacientes com internações de longo período.

Outro ponto que chamou a atenção da pesquisadora foi o fato de a Bahia possuir apenas um Hospital de Custódia e Tratamento, situado em Salvador, cujos pacientes, em sua maioria, são pessoas pauperizadas, e, nos casos daqueles de territórios mais longínquos, é quase certo o rompimento do vínculo familiar, ante as dificuldades de deslocamento.

Os longos períodos de internação associados com a distância do território de origem, limitações da RAPS, em todo o território baiano, são alguns dos fatores que transformam a medida de segurança em uma espécie de prisão perpétua, havendo registro de pacientes que morreram no HCTP, sem conseguir a desinternação ou vaga em residência terapêutica.

Resta, assim, evidenciado que o estudo da medida cautelar de internação provisória se justifica pelo seu alto caráter sancionatório, considerado, inclusive pela Corte Interamericana de Direitos Humanos como tortura, além dos efeitos deletérios nas

---

<sup>11</sup> A Central de Assessoramento Técnico Interdisciplinar (CATI) do Ministério Público do Estado da Bahia (MPBA) foi instituída pelo Ato Normativo nº 018, de 5 de outubro de 2011.

<sup>12</sup> O Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde – CESAU foi criado pelo Ato nº 120 do Procurador Geral de Justiça do Estado da Bahia, em 15 de março de 2011, alterado pelo Ato nº 593, de 16 de novembro de 2020, com a finalidade de estimular, integrar e promover o intercâmbio entre os órgãos do Ministério Público que atuam na área de proteção e defesa da saúde desenvolvendo atividades que contribuam para o cumprimento das atribuições funcionais constitucionais de zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos à saúde assegurados na Carta Magna e promover as medidas necessárias a sua garantia, conforme informação divulgada pelo Ministério Público do Estado da Bahia. Disponível em: Fonte: <https://www.mpba.mp.br/area/saude/apresentacao>. Acesso em: 9 out. 2024. Fonte: <https://www.mpba.mp.br/area/saude/apresentacao>, acesso em 09/10/2024.

vidas desses seres humanos, que perdem suas subjetividades, privados do convívio social, asilados em sistema de instituição total.

Esperava-se que as determinações constantes da Resolução 487/2023, provocassem a desinternação de todos os pacientes do HCTP, até que este encerre as suas atividades em maio de 2024. Ocorre que aconteceram prorrogações dos prazos da Resolução 487/2023, de forma que, o HCTP da Bahia foi, parcialmente, interdito em 30.01.2024, e deixou de receber novos pacientes. E a interdição total, que deveria ser em maio de 2024, foi prorrogada para agosto do mesmo ano.

Pretendeu-se com a presente pesquisa contribuir para a criação de políticas públicas mais efetivas e humanizadas para o tratamento de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, além de alertar a sociedade e as autoridades sobre a gravidade das violações de direitos humanos que ocorrem em HCTP's.

Anseia-se pela relevância fática da pesquisa para identificar a existência de ilegalidade e violações de direitos de pessoas de extrema vulnerabilidade pessoal, que permanecem custodiadas em unidade prisional, mesmo com todo um espectro legislativo os amparando e vedando tal condição. É relevante porque investigará o desrespeito a uma política pública especial, de um público que não dispõe de condições pessoais para defender-se, ou, até mesmo, compreender que são vítimas de um sistema excludente.

A atualidade do tema se demonstra por todo o embate travado em razão da Resolução 487/2023 do CNJ, que determinou o fechamento de todos os HCTP's no Brasil. Para tanto, tem-se a criação de Grupo de Trabalho pelo Tribunal de Justiça da Bahia, integrado pelo Ministério Público da Bahia, com vistas a promover, dentre outras coisas, a articulação interinstitucional para o desenvolvimento de políticas públicas para implementação da Lei 10.216/2001, que fundamenta a resolução do CNJ, e a capacitação e mobilização dos quadros destes órgãos, para que tudo isso seja possível.

Por outro lado, tem-se forte resistência social à consecução das determinações da Lei de Reforma Psiquiátrica, com a profusão de notícias falsas, e tentativas de anular a resolução 487/2023.

O conhecimento tem o condão de trazer à tona realidades escondidas, percebidas por poucos, ignoradas por outros tantos. A invisibilidade é perversa porque é lançada contra pessoas vulneráveis, que não possuem armas para se defender e, tanto pior, não se reconhecem vítimas, porque não tiveram a oportunidade de conhecer realidades diferentes. Então, sim, é relevante mostrar ao mundo quem são essas pessoas e elas, por sua vez, necessitam saber que a liberdade existe e é para todos.

Assim, a pesquisa “O ‘doido’ criminoso contra o resto do mundo: um estudo sobre a legalidade da internação cautelar no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador - BA”, pretende analisar a legalidade das decisões judiciais que determinaram a internação provisória de réus, em processos criminais no estado da Bahia, no Hospital de Custódia e Tratamento, localizado no município de Salvador, bem como investigar o impacto dessas normativas no processo de internação de pessoas e no tratamento dispensado a estas durante a reclusão.

De acordo com o procedimento metodológico delineado, o objetivo geral desta pesquisa é verificar a legalidade da manutenção de internações cautelares provisórias no HCTP do município de Salvador, por medidas judiciais, de réus considerados, ou com suspeita de serem inimputáveis, bem como analisar o respeito aos princípios e às determinações da política antimanicomial pelo Poder Judiciário Baiano, na aplicação de medidas cautelares de internação provisória.

Por sua vez, a pergunta-problema que norteia o estudo é: Em que medida as decisões do Poder Judiciário do Estado da Bahia, que decretam medidas cautelares de internação provisória, no Hospital de Custódia e Tratamento do Estado da Bahia, prevista no artigo 319, VII do Código de Processo Penal, preenchem os requisitos legais?

Para responder a essa indagação e alcançar o objetivo geral, delineou-se os seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar a observância do Código de Processo Penal e dos princípios da política antimanicomial, pelo Poder Judiciário no Estado da Bahia, no que tange à decretação de internações provisórias de pacientes internados no HCTP;
2. Analisar as decisões que determinaram as internações provisórias, sob a ótica do artigo 319, VII do CPP;
3. Diagnosticar as condições da RAPS do território de origem do paciente internado no HCTP.

Como meio de aprofundamento no tema, buscou-se ampliar o conhecimento a respeito das medidas cautelares diversas da prisão, em especial aquela constante do artigo 319, VII, do Código de Processo Penal (Brasil, [2024b]), que implementou a medida de internação provisória. Esse tipo de medida cautelar diversa da prisão surge, e, a partir deste momento, subsidia decisões que mantêm encarcerados, no Hospital de Custódia e

Tratamento Psiquiátrico da Bahia (HCTP) presos provisórios, sob a fundamentação de que ofereceriam risco de reiteração de condutas violentas.

Nesse ponto, faz-se mister tratar a respeito do princípio da periculosidade e os riscos a ele associados, em especial por servir de norte na manutenção de custódias preventivas sob a terminologia de “internação provisória” e medida de segurança.

A partir de um levantamento bibliográfico, ampliou-se a análise sobre a produção acadêmica acerca das medidas cautelares diversas da prisão, seus princípios e fundamentos, inclusive os de ordem constitucional, e como se desenvolve a atenção às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei pelo poder judiciário no estado da Bahia. Com essa finalidade, construiu-se capítulos com a abordagem teórica destinada à compreensão do contexto do objeto de estudo.

Antes, porém, compreendeu-se necessária a revisão teórica a respeito do surgimento da medida de segurança no Brasil, e o contexto histórico que fundamentou a mudança de tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental, além de sua contextualização com a normativa atual, após a Constituição Federal de 1988 (Brasil, [2023]).

Releva acrescer que, ao tratar sobre este tema, resta a dúvida quanto ao termo a ser utilizado para denominar este público, haja vista grande variação de terminologias utilizadas, havendo quem os trate por loucos, pessoas com transtorno mental, pessoas em sofrimento psíquico, paciente judiciário (quando já respondem a processos criminais). Para evitar confusão, o termo utilizado, daqui por diante, será pessoa com transtorno mental, acompanhando o artigo 2.º, I da Resolução 487/2023 do CNJ, e, quando estas responderem a processo criminal, serão aqui tratadas, por pacientes judiciários.

A atenção à saúde das pessoas com transtorno mental integra o estudo, com base nas modificações trazidas pela Lei 10.216/2001, também conhecida como Lei de Reforma Psiquiátrica. Pretendeu-se analisar os dados quanto à estrutura da Rede de Atenção Psicossocial baiana, que tem por finalidade a garantia da atenção integral a estas pessoas.

Diversas portarias do Ministério da Saúde buscaram promover a adequação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas sabe-se que muitas delas ainda não foram implementadas em sua integralidade, dados estes que, também, se pretendeu analisar. Afinal, busca-se verificar qual o nível de cuidado conferido pelo Estado da Bahia, e pelos municípios que o compõe, ao paciente com transtorno mental. E quais os rasgos existentes da RAPS e as consequências decorrentes.

É fato que a Lei de Reforma Psiquiátrica trouxe um novo olhar de cuidado para o público para quem se dirige, mas, a despeito, ou em razão, de seu conteúdo progressista, sua implementação demanda luta e a necessidade da articulação de instituições, a fim de que, mais de 20 anos após seu nascimento, venha a gerar os frutos por ela almejados.

As deficiências da RAPS baiana demonstram que o tema não foi priorizado, por décadas, sendo relevante a compreensão das responsabilidades dos entes federativos neste processo de implementação e execução de políticas públicas de atenção à saúde mental, o que também se pretende fazer, além da avaliação sobre a criação de leitos psiquiátricos em equipamentos de saúde, no estado da Bahia, para atender aos pacientes em situação de surto, que necessitam de internação.

A partir da leitura acumulada, foi possível identificar certa resistência do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB) na implementação da reforma psiquiátrica, anteendo que a falta de investimentos na rede de atenção psicossocial provocaria a situação atual em que o número de pacientes psiquiátricos, que necessitam de atendimento e o quantitativo de leitos e vagas, para atendimento, seja em situação de internação ou para tratamento ambulatorial, ou mesmo para residência daqueles que foram socialmente abandonados, são desproporcionais, penalizando toda a comunidade por falta de assistência adequada à saúde mental.

Também foi possível observar que, após a Lei de Reforma Psiquiátrica, que determinou a desinstitucionalização de longa permanência de pacientes em manicômios ou unidades equivalentes, houve o crescimento no número de leitos psiquiátricos na rede privada, não proporcional à criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais da rede pública<sup>13</sup>, vulnerabilizando as camadas mais pobres da sociedade que ficaram desassistidas.

Relevante para o tema também é a análise integrada de resoluções do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), voltadas para orientar o judiciário brasileiro a cumprir as determinações da Lei 10.1216/2001, sendo a primeira datada do ano de 2004 e a mais recente, e bastante polêmica, a de fevereiro de 2023.

---

<sup>13</sup> Em 11 anos, o Brasil perdeu 38,7% dos leitos de internação psiquiátricos que possuía para atendimento de pacientes no âmbito da rede pública. Em 2005, eram 40.942 unidades. Em dezembro de 2016, os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) computavam apenas 25.097. Além da queda na quantidade de leitos de internação, também foi reduzido o número de unidades hospitalares que se dedicavam ao atendimento de pacientes com necessidade de assistência psiquiátrica. No mesmo período, o total de serviços com essa vocação caiu de 228 para 143, ou seja, 37%, conforme o Conselho Federal de Medicina (2017). Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/em-11-anos-o-sus-perde-quase-40-de-seus-leitos-de-internacao-em-psiquiatria>. Acesso em: 9 out. 2024.

A análise documental fez o estudo e a apreciação de processos judiciais de internados cautelarmente no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia, no mês de agosto de 2023, além de dados e relatórios de fiscalizações realizadas pelo Ministério Público do Estado da Bahia na unidade prisional, por ofertarem elementos para identificar a existência de violações de direitos, em confronto com as determinações legais, insertas desde a Constituição Federal (Brasil, [2023]) até a Lei de Execução Penal (Brasil, [2024c]).

O acesso aos documentos foi garantido a partir de autorização do Ministério Público da Bahia, para utilização de dados, seja dos relatórios de inspeção, seja dos procedimentos em curso na 4.<sup>a</sup> Promotoria de Execução Criminal de Salvador, responsável pela fiscalização do Hospital de Custódia e Tratamento. Todos esses documentos são públicos, não havendo vedação para a sua utilização, assim como os processos judiciais, nos quais constam as informações sobre as causas e condicionantes das prisões cautelares dos internos no HCTP.

Por fim, também foram abordadas na pesquisa a exclusão social e a estigmatização, associadas com a ausência ou ineficiência de políticas públicas, como elemento de desproteção social determinante na inserção de pessoas com transtorno mental no sistema prisional.

Inicialmente, tratou-se dos direitos das pessoas com transtorno mental, sob a perspectiva de serem direitos de exigibilidade imediata, independentemente de estarem sob privação de liberdade, seguido de um breve histórico a respeito das alterações trazidas a partir da Lei n. 10.216/2001 - Lei de Reforma Psiquiátrica, o que era esperado a partir da sua publicação.

A partir daí, fez-se um estudo sobre a inimputabilidade e as consequências advindas da prática de ilícitos por pessoas consideradas inimputáveis sob a ótica do Código Penal, em contraponto com as determinações da Lei de Reforma Psiquiátrica. Em seguida, abordou-se a invisibilidade das pessoas consideradas loucas e como isso interfere, diretamente, no desenvolvimento de suas habilidades e potencialidades, agindo, mesmo, como agente limitante de sua ascensão social, além de, a elas, impor penas perpétuas, em condições inadequadas, em locais que sequer deveriam existir. Por fim, fez-se um estudo sobre a realidade prisional dos inimputáveis do Estado da Bahia e traçou-se o perfil socioeconômico e educacional de homens e mulheres que compõem o sistema prisional baiano, de forma a ilustrar a realidade vivida por estas pessoas.

Pretendeu-se, a partir de levantamento bibliográfico, ampliar a análise sobre as discussões acadêmicas, acerca da situação da atenção dada às pessoas loucas em conflito com a Lei no Brasil. Trata-se de pesquisa de caráter qualitativo do tipo análise documental e análise de conteúdo, com o intuito de analisar processos judiciais e prontuários de homens e mulheres custodiados no HCT. Após o levantamento do quantitativo de pacientes nestas condições, foram sorteados, em percentual não inferior a 30% (ou a critério da orientadora) do total.

## 1.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

No estudo em apreço, buscou-se compreender a atenção às determinações legais, para a decretação da medida cautelar, diversa da prisão, de internação provisória, executada no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia (HCTP). Para tanto, foi necessário entender a realidade estrutural do serviço público prestado pelo Estado da Bahia. Dessa maneira, foram analisados documentos públicos, constantes dos diagnósticos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), bem como pelo estudo formulado pela equipe de analistas do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde (CESAU), do Ministério Público da Bahia, no ano de 2023.

Tal necessidade de conhecimento, acerca da legalidade das medidas cautelares, dá-se em virtude da sua importância, como instrumento de política pública estadual, com direcionamento específico para viabilizar as correções e adequações necessárias, de forma a coibir a continuidade de possíveis ilegalidades, em razão das limitações da rede de atenção psicossocial do Estado da Bahia.

Pretendeu-se, a partir deste trabalho, contribuir para que a assistência às pessoas com transtorno mental seja implementada, garantindo-lhes a atenção integral à saúde, com respeito à sua condição de sujeitos de direitos. Não somente, mas, também, abordar as ideias atuais relativas às concepções de exclusão, decorrente da institucionalização, vulnerabilidades sociais, estigmatização e o contexto social que este público está inserido.

Destaca-se que o objetivo geral desta pesquisa é verificar a legalidade da manutenção de internações cautelares provisórias no HCTP do município de Salvador, por medidas judiciais, de réus considerados, ou com suspeita de serem inimputáveis, bem como analisar o respeito aos princípios e às determinações da política antimanicomial

pelo Poder Judiciário Baiano, na aplicação de medidas cautelares de internação provisória.

A pergunta problema da pesquisa é, portanto: Em que medida as decisões do Poder Judiciário do Estado da Bahia, que decretam medidas cautelares de internação provisória, no Hospital de Custódia e Tratamento do Estado da Bahia, prevista no artigo 319, VII do Código de Processo Penal preenchem os requisitos legais?

Este trabalho visa compreender, objetivamente, como se dá a fundamentação das decisões judiciais que determinam a internação provisória de réus/acusados no HCTP e se estas cumprem as determinações legais previstas no CPP, na Lei 10.216/2001 e na Resolução 487/2023 do CNJ.

Por esta razão, também, se estabeleceu os seguintes objetivos específicos:

- a) Avaliar a observância do Código de Processo Penal e dos princípios da política antimanicomial, pelo Poder Judiciário no Estado da Bahia, no que tange à decretação de internações provisórias de pacientes internados no HCTP.
- b) Analisar as decisões que determinaram as internações provisórias, sob a ótica do artigo 319, VII do CPP;
- c) Diagnosticar as condições da RAPS do território de origem do paciente internado no HCTP.

Assim, propõe-se procedimento metodológico de abordagem quantitativa, majoritariamente, qualitativa do tipo análise documental, cuja aplicação tem por finalidade a elaboração de instrumento de pesquisa adequado à realidade de pacientes internados no Hospital de Custódia e Tratamento do Estado da Bahia, por meio de decisões judiciais.

Observa-se, então, estudo de caso a respeito de réus que tiveram decretada judicialmente a internação provisória, para cumprimento no HCTP, com a intenção de explorar e descrever situações de possíveis violações de direitos daqueles, considerados, ou suspeitos de serem inimputáveis.

A partir das pesquisas bibliográfica e documental, será destacada a situação específica do cenário do paciente judiciário, em um contexto de vulnerabilidade social, e sobre o que tem sido feito para viabilizar as transformações das condições sociais, para que ele tenha uma vida que permita uma convivência digna em sociedade.

A pesquisa tem o caráter exploratório, na medida em que busca proporcionar maior familiaridade com o problema para torná-lo explícito e construir hipóteses (Gil, 2017).

Trata-se, conforme visto, de pesquisa de caráter, predominantemente, qualitativo do tipo análise documental, em que se pretende analisar processos criminais de internos do HCTP da Bahia, bem como dados de relatórios de inspeções realizadas naquela unidade prisional, e documentos insertos em procedimentos administrativos da 4.<sup>a</sup> Promotoria de Execução Criminal de Salvador. A análise documental é uma abordagem essencial para atingir os objetivos de pesquisa.

Além dos dados de relatórios de inspeção da 4.<sup>a</sup> Promotoria de Execução Criminal de Salvador, houve, também, a análise dos processos de cerca de 30% dos pacientes que estavam em cumprimento medida cautelar de internação provisória, no HCTP da Bahia, em agosto de 2023, visando levantar as condições que levaram à internação, bem como a possível existência de violações de direitos, seja por parte do Poder Judiciário, seja por parte do Estado.

A pesquisa buscou explorar em profundidade as informações contidas em processos judiciais, visando à compreensão dos fenômenos que fundamentam as decisões e os contextos, estes relacionados aos sujeitos envolvidos. Esta abordagem permitiu uma análise aprofundada e contextualizada, não apenas dos documentos, mas as suas condicionantes e implicações concretas nas vidas dessas pessoas.

Os laudos dos incidentes de insanidade mental constituem uma das fontes de dados primárias desta pesquisa. Esses documentos contêm informações sobre diagnósticos, tratamentos e observações relevantes sobre os pacientes com transtornos mentais em questão. Após a realização da perícia, os laudos são remetidos ao Poder Judiciário e encartados nos autos dos processos criminais, de maneira que passam a ser informações públicas. Ainda assim, garantiu-se a confidencialidade e a proteção das informações sensíveis, não sendo demais relatar que não foram analisados processos que estão em segredo de justiça.

Os processos judiciais representam outra fonte primária de dados, oferecendo informações sobre a trajetória legal dos pacientes judiciários. Isso inclui acusações, condenações, decisões judiciais, relatórios de peritos e quaisquer outras informações relevantes para o contexto legal. Os números dos processos foram disponibilizados em planilhas apresentadas ao Ministério Público, quando das inspeções, nas quais constam informações diversas sobre os pacientes internados. De posse desses números, é possível

acessar os processos judiciais, através da plataforma PJe<sup>14</sup> do Tribunal de Justiça da Bahia. Releva acrescentar que houve a adesão a questões éticas e legais relacionadas ao acesso aos documentos judiciais.

Intentou-se, por conseguinte, a análise global das razões fundantes do decreto de prisão cautelar dos pacientes do HCTP e a sua relação dinâmica com o contexto social, na perspectiva da implementação das políticas de proteção especial em favor das pessoas com transtorno mental, viabilizando sua inclusão social.

Com o estudo dos processos criminais, foi possível analisar qual a conduta atribuída aos pacientes pesquisados, e se permanecem internados por orientação médica, ou apenas por determinação judicial.

Conforme Flick (2009), os documentos estudados e analisados alcançaram o objetivo de representar uma versão particular das realidades construídas sobre o tema da pesquisa. Eles foram examinados como dispositivos comunicativos metodologicamente elaborados para retratar eventos e situações relevantes ao estudo.

Além disso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, também chamada de pesquisa de fontes secundárias. Marconi e Lakatos (2010) explicam que essa modalidade abrange toda a bibliografia já publicada sobre o tema, incluindo livros, jornais, revistas, artigos, monografias, dissertações e teses, proporcionando ao pesquisador contato direto com o que já foi produzido sobre o assunto.

A principal vantagem dessa abordagem bibliográfica, conforme Gil (2017), é que ela permite ao pesquisador cobrir uma gama muito mais ampla de fenômenos do que seria possível por meio de observação direta. Esse método foi crucial para o estudo histórico e a investigação de outros aspectos relacionados ao objeto da pesquisa, que só puderam ser acessados por meio da consulta a livros e periódicos.

Henriques e Medeiros (2017) ressaltam a importância da revisão bibliográfica como forma de evitar a repetição de problemas já resolvidos, ou seja, evitar a “reinvenção da roda”. Eles afirmam que novas pesquisas sobre questões já tratadas são justificadas sempre que novas abordagens ou conhecimentos relevantes surgem.

A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida em várias etapas, que incluíram a escolha do tema, o levantamento bibliográfico preliminar, a formulação do problema, a

---

<sup>14</sup> “O PJe, Processo Judicial Eletrônico, é um sistema de tramitação de processos judiciais cujo objetivo é atender às necessidades dos diversos segmentos do Poder Judiciário brasileiro e é de uso do Poder Judiciário do Estado da Bahia”. Informação disponível em: <https://www.tjba.jus.br/portal/pje-1o-grau/>. Acesso em: 5 jun. 2024.

elaboração de um plano inicial, a busca de fontes, a leitura dos materiais, o fichamento, a organização lógica do conteúdo e a redação do texto final, seguindo também as orientações fornecidas pela orientadora da pesquisa.

Recorreu-se também à análise quantitativa, visando identificar resultados significativos, discrepantes, e/ou surpreendentes, conforme classificação adotada por Gil (2017). Os dados numéricos são apresentados com o auxílio de gráficos, acompanhados de suas respectivas análises; de forma complementar a análise qualitativa de caráter documental e bibliográfica.

Encerrado o levantamento dos dados, estes foram ordenados, analisados e interpretados quanti e qualitativamente, de forma a ser possível obter um quadro geral sobre as medidas cautelares de internação provisória cumpridas no HCTP da Bahia, e, a partir disso, identificar causas e propor soluções para o que foi encontrado.

Quanto aos processos judiciais, promoveu-se a coleta de dados a partir dos passos seguintes:

1. Identificação dos processos judiciais relativos aos pacientes selecionados;
2. Acesso aos processos judiciais, junto ao sistema judiciário, garantindo o cumprimento dos requisitos legais;
3. Organização e catalogação dos processos para análise;
4. Coleta, análise e tratamento dos dados.

Após a análise documental, fez-se a codificação e categorização de informações relevantes, com vistas a identificar padrões, temas e contradições nos documentos, acaso existentes. Por fim, tratando-se de momento favorável, em razão da vigência da Resolução 487/2023, realizou-se a análise contextual, considerando o momento e o contexto em que os documentos foram produzidos.

A análise incluiu a avaliação de procedimentos administrativos do Ministério Público, de onde foram extraídos documentos relevantes para a pesquisa. Além disso, processos judiciais foram cuidadosamente selecionados por meio de sorteio, garantindo a aleatoriedade e representatividade dos casos analisados.

A pesquisa qualitativa permitiu a compreensão dos fenômenos sociais em torno do tema. A significação dos dados, conforme Freixo (2012), consiste em extrair insights a partir de uma apresentação-síntese dos resultados, evidenciando ocorrências, esquemas e possíveis explicações que surgem do material analisado. No caso específico desta pesquisa, os documentos provenientes dos procedimentos administrativos e dos processos judiciais revelaram tendências importantes para a compreensão do tema investigado. A

análise permitiu a identificação de padrões, além de apontar possíveis configurações causais e hipóteses que ajudaram a elucidar o impacto das decisões administrativas e judiciais no contexto estudado.

Dessa forma, o desenvolvimento da investigação seguiu uma estrutura em etapas bem definidas, sendo cada fase concluída com uma análise e interpretação rigorosa dos dados organizados. O caráter iterativo da abordagem qualitativa possibilitou uma revisão contínua dos achados, permitindo que a pesquisadora refinasse suas interpretações ao longo do processo. A cada nova etapa, o material extraído dos documentos e processos permitiu ajustar as análises e aprofundar o entendimento do fenômeno, sempre com o intuito de garantir que as conclusões fossem sólidas, bem fundamentadas e capazes de refletir a realidade do objeto em estudo.

A metodologia de pesquisa adotada visou à análise profunda e contextualizada dos processos judiciais de pacientes com transtornos mentais em conflito com a lei. A abordagem qualitativa, juntamente com técnicas de análise documental, permitiram a compreensão dos fenômenos e contextos subjacentes a essa interseção, contribuindo para o avanço do conhecimento e para o desenvolvimento de políticas mais eficazes e humanizadas.

Os dados, isto é, Procedimentos IDEA n.º 003.9.364819/2022; 003.9.67402/2023 e 003.9.364831/2022, até então, acessados informam a existência de ilegalidades na manutenção das custódias destes pacientes, de forma que releva, em muito, a importância, não apenas acadêmica, mas política e social, deste estudo, haja vista que tais informações servirão como lastro a fundamentar o fortalecimento da luta antimanicomial, que, com a Resolução 487/2023 ganhou reforço significativo à sua implementação em todo o território nacional.

Os princípios da Reforma Psiquiátrica, de normas nacionais e internacionais e a Resolução 487/2023 do CNJ, que versam sobre o tema, serviram como elementos norteadores da pesquisa.

Os dados estão preservados e assegurados pela Lei de Proteção à Informação e serão rigorosamente tratados, preservando-se os sujeitos, que no caso são os pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador, pois o interesse da pesquisadora é analisar os elementos procedimentais, que configura as investigações, contidas nos procedimentos administrativos de acompanhamento de políticas públicas, realizados pelo Ministério Público da Bahia.

O Ministério Público, nos termos do art. 127, da Constituição Federal pátria, é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. É, pois, uma instituição permanente, cuja função é defender e fiscalizar a aplicação das leis, representando os interesses da sociedade; zelar pelo respeito aos direitos constitucionais por parte dos poderes públicos e pela garantia dos serviços de relevância pública garantidos na Constituição e tem, entre as suas funções institucionais, a de promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos.

A Lei Orgânica do Ministério Público da Bahia (Lei Complementar n.º 11, de 18 de janeiro de 1996) estabelece em seu art. 72, IV, “c”, que, dentre as funções institucionais, nos termos da legislação aplicável, está a de promover o inquérito civil e a ação civil pública para: a proteção dos interesses individuais indisponíveis, difusos e coletivos, relativos às comunidades indígenas, à família, à criança, ao adolescente, ao idoso, às minorias étnicas, ao consumidor e aos portadores de deficiência (Bahia, 1996).

A Resolução n.º 01, de 08 de fevereiro de 2021, do Órgão Especial do Colégio de Procuradores do Ministério Público da Bahia, atribuiu à 4ª Promotoria de Execução Penal – 1º Promotor de Justiça, a Fiscalização dos Estabelecimentos Prisionais da Capital, HCT e Central de Apoio e Acompanhamento às Penas e Medidas Alternativas (CEAPA), tratando-se de Promotoria de Direitos Difusos, dada a natureza da atribuição, conforme art. 129, III, da Constituição Federal e consoante disposto no art. 267, XV, da Lei Complementar n.º 11/1996. No exercício de suas atividades, a presente Promotoria de Justiça tem atuação judicial e extrajudicial, podendo, no desempenho de suas funções, instaurar procedimentos administrativos, inquéritos civis e ajuizar ações civis correspondentes, além de exercer Atendimento ao Público (Bahia, 2021).

Vê-se, por conseguinte, que a 4.ª Promotoria de Justiça de Execução Penal, especificamente na figura da Promotora de Justiça, têm a atribuição de realizar a fiscalização nas unidades e instaurar procedimentos administrativos para apurar as irregularidades, podendo, entre outras medidas, realizar visitas aos espaços, com elaboração de relatórios, requisitar documentos, ouvir os agentes públicos, bem assim custodiados e familiares etc., com a precípua finalidade de acompanhar a regularidade do serviço público prestado.

Cabe enfatizar que a pesquisadora integra a Comarca de Salvador, como Promotora de Justiça, com as atribuições relativas à atuação extrajudicial no

acompanhamento das Unidades Prisionais da Capital, incluindo o HCTP da Bahia. Logo, conduz os procedimentos administrativos em questão, que geralmente são públicos, e em razão disto, possibilita acesso a tais documentos, motivo pelo qual se entende não ser necessária autorização de outra autoridade para a utilização desses documentos. Por outro lado, uma vez que a modalidade de pesquisa se pautou nesses documentos de caráter público, não houve submissão ao Comitê de Ética da Universidade Católica do Salvador.

Conforme Gerhardt e Silveira (2009, p. 31), a pesquisa científica é resultado de investigação embasada em métodos e procedimentos, possibilitando a aproximação e o entendimento da realidade investigada. Sendo assim, há que se recorrer a uma fundamentação teórico-metodológica para sua validade científica.

Para Silva e Menezes (2001, p. 19), “pesquisar significa, de forma bem simples, procurar respostas para indagações propostas”.

Segundo Barros e Lehfeld (2003), a pesquisa científica é o produto de uma investigação cujo objetivo é resolver problemas e solucionar dúvidas, mediante a utilização de procedimentos científicos.

Minayo (1993, p. 23), por um prisma mais filosófico, considera a pesquisa como:

Atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Demo (1996, p. 34) entende a pesquisa como atividade cotidiana considerando-a como uma atitude, um “questionamento sistemático crítico e criativo, mais a intervenção competente na realidade, ou o diálogo crítico permanente com a realidade em sentido teórico e prático”.

Para Gil (2017, p. 42), a pesquisa tem um caráter pragmático, e consiste em um “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos”.

Segundo Silva e Menezes (2001, p. 20),

Pesquisa é um conjunto de ações, propostas para encontrar a solução para um problema, que têm por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não se têm informações para solucioná-lo.

Existem várias formas de classificar uma pesquisa. Do ponto de vista da sua natureza, o estudo em apreço pode ser considerado uma pesquisa aplicada, porque tem por objetivos proporcionar conhecimentos de aplicação prática e destina-se à solução de problemas específicos (Silva; Menezes, 2001).

Segundo Gil (2017), a pesquisa aplicada é voltada para a aquisição de conhecimentos com vistas à aplicação numa situação específica. No caso desta pesquisa, permitir sugestões que busquem minimizar a exclusão social de pessoas com transtorno mental que cumprem medidas cautelares de internação provisória no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador e, pela via transversa também a violência produzida contra eles.

Para Severino (2007), a pesquisa exploratória busca apenas levantar informações sobre determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto, algo desejado com o estudo em tela.

Conforme Marconi e Lakatos (2010, p. 208), a pesquisa exploratória é aquela “[...] de avaliação de uma situação concreta desconhecida”, mas apesar disso:

[...] em um dado local, alguém ou um grupo, em algum lugar, já deve ter feito pesquisas iguais ou semelhantes, ou mesmo complementares de certos aspectos da pesquisa pretendida. Uma procura de tais fontes, documentais ou bibliográficas, torna-se imprescindível para a não duplicação de esforços, a não “descoberta” de ideias já expressas, a não inclusão de “lugares comuns” no trabalho.

Utilizou-se a abordagem de natureza qualitativa, na medida em que a pesquisa analisou as condicionantes da decretação das prisões cautelares de pessoas com transtorno mental, a serem cumpridas no HCTP da Bahia e a sua interação contínua com o contexto social, considerando a aplicação das políticas de proteção especial para esse grupo, com vistas a possibilitar sua visibilidade e atuação dentro da sociedade, como sujeitos de direitos e autores de suas próprias histórias.

O objeto do estudo proposto pela sua repercussão social é extremamente complexo, no que toca o nível de profundidade para conhecê-lo, exigindo, portanto, a pesquisa qualitativa.

Para Richardson *et al.* (2015):

[...] as investigações que se voltam para uma análise qualitativa têm como objeto situações complexas ou estritamente particulares. Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

O conhecimento que se pretende produzir é histórica e geograficamente situado, posto que contemporâneo, realizado na Bahia e com elementos da política de proteção especial visualizados em tal Estado. Muito embora o Hospital de Custódia e Tratamento esteja situado na cidade de Salvador, ali estão pacientes internados de todo o Estado.

O conhecimento não se supõe neutro, na medida em que se encontra fortemente influenciado pelas pré-compreensões da pesquisadora e pela proposta política do trabalho, qual seja a implementação das políticas públicas, para assegurar o atendimento de direitos sociais de pessoas com transtorno mental, sendo esta a afirmação que guiará a construção teórica.

Não se quer afirmar, com isso, que a pesquisadora dispensará o necessário cuidado com a demonstração de suas ideias, mas a preocupação metodológica não será fetichista, privilegiando-se sempre as possibilidades pragmáticas da descoberta e sua aplicabilidade, mesmo que à custa da pureza metodológica (Feyerabend, 2007).

É importante destacar que a autora não se limitou aos métodos tradicionais de raciocínio jurídico. Não é que ela não confie nesses métodos, mas acredita que as ideias serão mais aceitas nos meios jurídicos e sociais se forem complementadas por um conhecimento mais crítico e aberto a questionamentos. Isso aumentará as chances de aplicá-las na prática. Portanto, quando o raciocínio tradicional não for suficiente, a autora usará outras abordagens, como a interpretação dos textos e a retórica.

Acredita-se que a supremacia do método ou de determinado método não deve existir. Em que se mensure tal fato, não deixará de utilizar o método científico para demonstrar o conteúdo da pesquisa.

A concretude dos estudos carecerá de um cotejamento do quanto visualizado nos documentos noticiados, que permitirão a análise mais detida sobre a adequação legal da medida cautelar de internação provisória, aplicada a pessoas com transtorno mental, e as necessidades estruturais da rede de atenção psicossocial da Bahia.

Com o intuito de compreender a problemática contida na pesquisa, o primeiro capítulo pautará o estudo sobre o manicômio e a luta antimanicomial no Brasil, com vistas a aprofundar a ideia a respeito da institucionalização, seus efeitos e o processo de construção da reforma psiquiátrica, cujos autores que guiaram o estudo foram Foucault e Goffman, além de estudiosos baianos de renome. A história da loucura e o processo de invisibilização das pessoas com transtorno mental serão tratadas, no curso deste trabalho, como elementos para compreensão dos fenômenos identificados na pesquisa de campo.

Por sua vez, o segundo capítulo reflete acerca de aspectos não declarados da pena, suas modalidades, e elementos que a aproximam, e distanciam, da medida de segurança, tendo por referencial teórico Foucault e Goffman.

Segue-se com a análise a respeito da medida cautelar de internação provisória, matéria inserta no Código de Processo Penal Brasileiro, no Capítulo V, tendo por autores de referência Aury Lopes e Nucci.

Por fim, integra este dossiê, capítulo sobre a Resolução 487/2023 do CNJ, composto por comentários acerca dos seus principais aspectos, no entender da pesquisadora, em consonância com referencial teórico que a antecedeu e, até mesmo, fundou, ante a recenticidade de sua publicação, e limitação de referência tratando, especificamente, sobre o tema.

Pretendeu-se, ainda, neste trabalho, a partir dos dados levantados, aprofundar o conhecimento da realidade do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador, convergências e divergências com as determinações sanitárias e de ordem criminal. Além da análise da Rede de Atenção Psicossocial do Estado da Bahia, em especial nas macrorregiões de saúde que integram os territórios de origem dos pacientes judiciários, internados no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador.

Reitera-se, por compreender relevante, que a pesquisa é de natureza qualitativa e as suas fontes de dados foram documentos públicos, aos quais a pesquisadora tem acesso por sua condição de Promotora de Justiça.

Os dados estão preservados e assegurados pela Lei de Proteção à Informação, sendo rigorosamente tratados, preservando-se os sujeitos, no caso os pacientes custodiados no HCTP em razão de medida cautelar de internação provisória, pois o interesse da pesquisadora será analisar os elementos procedimentais que configuram as investigações contidas nos procedimentos administrativos de acompanhamento de políticas públicas realizados pelo Ministério Público, bem assim, perante o Poder Judiciário.

## 2 O MANICÔMIO E A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

Política se faz com ira, amor e... dinheiro. Ira para indignar-se por alguma situação negligenciada ou aviltada; amor ético e universal para abraçar a causa que se pretende intervir e encontrar a estratégia mais sublime e adequada de intervir; e, dinheiro, para dar consequência às prescrições e desejos de enfrentamento do problema identificado (Pitta, 2011, p. 4587)

“O manicômio concretiza a metáfora da exclusão, que a modernidade produz na relação com a diferença”, esta frase, escrita por Amarante (1995, p. 53) reflete bem o tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental, quando do início das lutas por reformas no atendimento a este público no Brasil.

Tagliari, citando Rocha (2020, p. 46) narra que em 1852 foi criado o Hospício Dom Pedro II, onde os loucos eram recolhidos e ficavam segregados, mantendo o caráter de exclusão social, a fim de que não amofinassem as pessoas.

Luz (2007, p. 50) reporta:

Espaço de exclusão que institui uma ordem mental, o asilo tenta dar conta das desordens mentais que a malta de desempregados da cidade (ex-escravos ou brancos empobrecidos), que os desajustados da nova sociedade engrossam sempre, contendo-as num espaço. Espaço fechado, é verdade, mas com estatuto próprio; não se trata, ali, teoricamente, de criminosos, vagabundos ou mendigos, mas de desafortunados sobre os quais o Estado, através da ciência, lança o seu olhar compadecido. As lutas entre as instituições carcerárias e a psiquiatria, ou ao menos a medicina, são, neste momento, acirradas – Nina Rodrigues é apenas um exemplo ilustrado, neste caso.

Tagliari (2020, p. 47), assevera que na gestão do presidente Rodrigues Alves iniciou-se o primeiro movimento de reforma, passando a política de assistência a alienados aos cuidados de Juliano Moreira, e a direção dos serviços de saúde pública a cargo de Oswaldo Cruz.

Nesse contexto, Juliano Moreira, foi um dos pioneiros da psiquiatria no Brasil. Lutou contra o racismo científico e introduziu práticas mais humanitárias no tratamento de pessoas com transtornos mentais. Defensor da integração dos pacientes na sociedade e contra o confinamento indiscriminado, estabeleceu as bases para uma abordagem mais digna e ética na psiquiatria brasileira. Sanglard e Claper (2021), ajudam a compreender a relevância do seu trabalho:

Nesse cenário de mudanças estruturais na cidade do Rio de Janeiro, em 1903 a Assistência a Alienados foi reorganizada, e a entrada do médico baiano Juliano Moreira na direção da assistência federal trouxe uma

nova dinâmica para o tratamento da doença mental, iniciando um processo de reconhecimento, ainda que frágil, dos direitos do doente mental e estabelecendo critérios e conceitos para a construção de uma psiquiatria nacional.

[...]

O modelo assistencial descrito por Juliano Moreira nas publicações prescrevia um conjunto de diferentes instituições psiquiátricas destinadas a lidar com enfermidades mentais que se diferenciavam quanto ao tipo e tempo de tratamento. Nessa gama de instituições, destacavam-se o hospício urbano, onde o tratamento dos casos agudos ocorria em regime fechado e a curto prazo, e seu anexo, uma extensa colônia rural, em que o tratamento do alienado, agora afastado das pressões da vida urbana e das paixões que o acometiam, ocorria em regime aberto, a longo prazo, baseado no trabalho propiciado pela agricultura, criação de animais e oficinas (Moreira, 1908, 1910). (Sanglard; Claper, 2021, p. 452)

De acordo com Luz (1982), a ascensão do discurso privatista a partir de 1964 marca um corte na trajetória sanitaria desenvolvimentista. Com o golpe militar, houve uma mudança nas políticas de saúde, enfatizando a participação do setor privado e o apoio à indústria farmacêutica. A criação do Sistema Nacional de Saúde e a incorporação de serviços privados à previdência social reforçaram a dominância de um modelo de medicina assistencial hospitalar, voltado para a medicalização em detrimento de uma saúde pública preventiva e comunitária.

Assim, o período de 1960 a 1964 nas políticas de saúde no Brasil foi caracterizado por discursos conflitantes e práticas institucionais divergentes, refletindo uma crise de hegemonia que impedia a implementação de um projeto coeso. A proposta sanitaria desenvolvimentista, embora presente, não se efetivou diante das limitações econômicas e políticas do momento, e o golpe de 1964 redirecionou a trajetória das políticas de saúde para um modelo mais privatista e centralizado.

A trajetória da psiquiatria no Brasil, especialmente até o final da década de 1970, foi, desta maneira, marcada por um modelo manicomial, que enfatizava a segregação e o isolamento dos pacientes. Conforme destacado por Amarante (1995), os manicômios, da época, frequentemente, enfrentavam problemas de superlotação e precariedade no atendimento, traduzindo-se em espaços de violação dos direitos humanos. A contenção física e química, se faziam presentes, no lidar com pacientes, sem perspectiva de reintegração social para os internados.

O movimento antimanicomial, que ganharia força nas décadas seguintes, enfrentava uma conjuntura adversa um vez que as políticas de saúde eram voltadas para a expansão hospitalar e a manutenção de um modelo assistencialista privatista. Segundo

Luz (1982, p. 141) o sistema de saúde brasileiro desse período priorizou a “universalização da medicina”, mas de forma contraditória, pois a expansão do acesso estava condicionada à privatização e à mercantilização dos serviços médicos. O movimento antimanicomial, portanto, nasceu em oposição a esse contexto, propondo a superação do modelo hospitalocêntrico e a valorização de práticas de cuidado fora dos muros dos hospitais psiquiátricos.

Luz (1982, p. 139) destaca que, entre 1968 e 1974, houve uma reestruturação das políticas de saúde no Brasil, em que o modelo curativista e hospitalar se consolidou como dominante. Ela argumenta que o

Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) emergiu como “macro-poder institucional”, centralizando a gestão dos serviços de saúde e fortalecendo o papel dos hospitais como mediadores das políticas médicas. Nesse sentido, os hospitais se tornaram locais centrais para a “reprodução do saber médico”, aprofundando a dependência da população em relação aos serviços hospitalares.

A expansão dos hospitais psiquiátricos e do modelo manicomial foi uma consequência desse processo de centralização. Luz (1982, p. 140) menciona que a política de saúde mental não priorizou práticas de prevenção ou abordagens alternativas, mas sim a institucionalização dos doentes mentais, reforçando práticas de isolamento social e controle sobre os corpos. Ela observa que o período de 1968 a 1974 foi marcado pela “hegemonia couraçada de coerção” nas instituições médicas, o que significou uma repressão às iniciativas que buscavam humanizar os tratamentos psiquiátricos ou introduzir políticas de saúde mental voltadas para a atenção comunitária.

Dessume-se, do contexto histórico, que a psiquiatria brasileira era marcada por um modelo manicomial centrado na segregação e no isolamento dos pacientes. Os manicômios, muitas vezes superlotados e com condições precárias, eram espaços de violação dos direitos humanos, onde prevaleciam práticas de contenção física e química, tratamentos desumanos e ausência de perspectivas de reintegração social.

Esses problemas se agravaram durante a ditadura militar (1964-1985), quando a repressão e a censura eram práticas comuns, estendendo-se também ao campo da saúde mental. Nesse contexto, a psiquiatria institucionalizada atuava como um mecanismo de controle social, marginalizando ainda mais os indivíduos considerados “loucos”. Esse cenário fomentou a emergência de um movimento de resistência que questionava não apenas as práticas psiquiátricas, mas também o regime político vigente.

A autora Pitta (2011, p. 4583) alerta sobre grave questão de corrupção, envolvendo instituições privadas conveniadas pelo poder público, durante a ditadura. Alcinando-a como “indústria da loucura”, a autora destaca que, entre os anos de 1965 e 1970, não houve alteração no número de pessoas internadas nos hospitais públicos, porém, nas instituições privadas, que mantinham convênio com o poder público, esta população saltou de 14.000, para 30.000, e, em 1982 alcançou um contingente de 98.000 leitos psiquiátricos. Conclui dizendo que a proporção era 80% de leitos contratados no setor privado, enquanto apenas 20% eram de gestão plena, ou seja, eminentemente públicos.

Vasconcelos (2016, p. 39) cita Fleury, dizendo que, no Brasil, a reforma psiquiátrica teve início no final da década de 1970, durante a ditadura militar, caracterizando-se como um movimento social que se alinhou às lutas pela redemocratização, contra as violações dos direitos humanos e em defesa de políticas sociais universais.

Vem da Itália o reforço da ideia para o tratamento comunitário de pessoas com transtorno mental, por meio do médico Franco Basaglia. Conforme Amarante (1995) a reforma psiquiátrica brasileira começou a tomar forma no final dos anos 1970, influenciada por movimentos internacionais de desinstitucionalização e pela luta pela redemocratização do país. A partir de 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) começou a se articular. Composto por profissionais da saúde, pacientes e familiares, tinham uma agenda comum: a humanização da assistência psiquiátrica e o fechamento dos manicômios.

Para Tagliari (2020) as experiências italianas e Franco Basaglia impulsionaram o movimento antimanicomial brasileiro, possibilitando o início da discussão sobre o processo de desinstitucionalização, acreditando-se em nova abordagem quanto à saúde mental, por meio da humanização do tratamento psiquiátrico, criticando severamente o modelo manicomial.

Nesse âmbito, Gomes (2023, p. 39) afirma que:

A Lei Basaglia iniciou uma revolução ao negar o Hospital asilar como instituição adequada para tratar o doente mental. De igual modo, questionou o papel da psiquiatria ao exercer poder absoluto sobre o paciente, buscando uma renovação ou construção de uma nova abordagem e modelo no tratamento da doença mental, e teve como principal postulado o fechamento dos manicômios civis.

Basaglia argumentava que os manicômios eram instituições que perpetuavam a exclusão e a violência contra os pacientes, e sua obra “A instituição negada” (1985)

tornou-se uma referência importante para os movimentos de reforma psiquiátrica em diversos países, incluindo o Brasil. Suas ideias ajudaram a moldar o pensamento de muitos profissionais e ativistas brasileiros, que adaptaram suas propostas ao contexto local e lutaram por uma mudança radical no tratamento das pessoas com transtornos mentais.

Correia *et al.* (2012/2013, p. 257-258) descreve que:

A década de 80 provocou o despertar da população para a luta por direitos humanos no Brasil, sobretudo por causa do período do regime militar, que restringiu e violou uma série de direitos fundamentais, bem como pelo forte descaso sofrido pela maior parte da população, que, sem acesso aos direitos sociais, teve que conviver com a precariedade das poucas políticas públicas realizadas à época, como era o caso do direito à saúde.

Luz (2007, p. 106), se reporta a este período, dizendo:

Isto é tanto mais importante para entender o papel das políticas de saúde nesta conjuntura quanto se sabe que, no Brasil, as políticas públicas desempenham e desempenharam, historicamente, papel estratégico na consolidação de uma ordem republicana que, desde sua origem, manteve traços antidemocráticos cujas raízes se encontram na estrutura social existente. Nela se fundem de maneira conciliatória interesses objetivamente contraditórios entre si. Tais condições não se transformam na passagem de uma conjuntura a outra, em poucos anos, ou mesmo décadas, o que favoreceu, no período que analisamos, na política mencionada acima, a perpetuação da situação de exclusão social e a manutenção dos traços estruturais políticos: clientelismo, curralismo eleitoral, populismo etc.

A década de 1980 foi, assim, um período importante para a luta antimanicomial. Amarante (1995, p. 95-96) retrata que em 1987, o Encontro Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em Bauru, foi um marco na consolidação do movimento. Nesse evento, foi formulado o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, que sintetizava a visão de um modelo de atenção psicossocial baseado na inclusão e no respeito aos direitos dos indivíduos.

Por sua vez, Tagliari (2020) informa que a reforma psiquiátrica foi gradualmente implementada, com o objetivo de reconhecer o doente mental como cidadão possuidor de direitos e garantias, promovendo novas reflexões sobre sua possível reintegração no núcleo social e familiar. As propostas desse movimento visavam a mudanças que resultassem em impactos positivos na redução da violência e das condições desumanas nos manicômios.

Sobre isso, Pitta (2011, p. 4583) ressalta a importância do Congresso de Trabalhadores de Bauru, ocorrido no ano de 1987, dizendo que ali alcançou-se:

[...] o consenso de ser o marco de articulação de diferentes movimentos sociais em torno da Reforma Psiquiátrica, particularmente de São Paulo, Rio, Minas Gerais, onde se pactuou o lema “por uma sociedade sem manicômios” originado na Itália, trazido do último encontro da Rede de Alternativas à Psiquiatria que animou e parece seguir animando a utopia da Reforma Psiquiátrica Brasileira. “A realização desse encontro foi decidida durante a I Conferência, pela constatação de que a perspectiva sanitária de incorporar as propostas reformistas nas políticas oficiais vinha sendo anulada pela resistência passiva ou ativa da iniciativa privada, da estrutura manicomial, da burocracia estatal e do conservadorismo psiquiátrico.

Com o advento da promulgação da Constituição Federal de 1988, ocorreu avanço significativo para os direitos sociais no Brasil, incluindo o direito à saúde. A partir dela, foi possível iniciar a construção de uma nova política de saúde mental, pautada pela desinstitucionalização e pela criação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A Constituição, assim, pavimentou o caminho para a implementação de legislações específicas que visavam consolidar esses avanços.

Acerca da relevância da Constituição Federal de 1988, observa Tagliari (2020):

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), surgiram as primeiras normas federais com diretrizes para a fiscalização do tratamento dos doentes mentais. O projeto de lei 3657/89, proposto pelo deputado Paulo Delgado, buscou regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais, promover a extinção progressiva dos hospícios no país e criar um instituto regulador para a internação psiquiátrica compulsória. Este projeto marcou o início das lutas do movimento de reforma psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. (Tagliari, 2020, p. 50)

Nesse ínterim reformista, e progressista, reporta a autora Pitta (2011), que em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o Projeto de Lei nº 3.657/89, conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Este projeto tinha três artigos principais: o primeiro proibia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo direcionava recursos públicos para a criação de alternativas de atendimento fora dos manicômios; e o terceiro exigia a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária.

Assim, em 2001, a Lei 10.216 foi promulgada. Conhecida como Lei Paulo Delgado, foi um marco legislativo que consolidou os princípios da reforma psiquiátrica no Brasil. Ela estabeleceu diretrizes para a proteção e os direitos das pessoas com

transtornos mentais, promovendo a desinstitucionalização e incentivando a criação de serviços comunitários.

De acordo com Caetano (2019, p. 125):

A lei n.º 10.216/2001, contemplou no plano normativo modelo historicamente defendido pelos militantes da Luta Antimanicomial, tendo como diretriz a reformulação das políticas de atenção à saúde mental mediante a transferência do foco do tratamento, que antes se concentrava na instituição hospitalar, para uma rede de atenção psicossocial estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos.

No entanto, apesar dos avanços legislativos, a implementação plena da reforma psiquiátrica enfrentou, e enfrenta, resistências significativas. Pitta (2011, p. 4587), alerta, ao escrever sobre os 10 anos da Lei 10.216/2001, que:

A desqualificação da subjetividade humana nas políticas públicas é um fato. A sistemática negação de direitos que a condição marginal dos usuários de instituições psiquiátricas e de substâncias psicoativas parece determinar, posterga e opacifica qualquer demonstração de factibilidade para as políticas de saúde mental e Inter setoriais prescritas. A exclusão, a restrição de recursos é a política hegemônica dos governos municipais e estaduais, desobedecendo assim as diretrizes nacionais da política de saúde mental.

A luta antimanicomial no Brasil possui uma trajetória de resistência e esperança, marcada por avanços significativos na promoção dos direitos humanos e na humanização da assistência psiquiátrica, contudo, ela ainda enfrenta desafios que demandam vigilância e mobilização contínua. A história desse movimento não é apenas uma narrativa de conquistas, mas também um chamado à ação para garantir que os direitos das pessoas com transtornos mentais sejam plenamente respeitados e promovidos.

Tagliari (2020, p. 52) observa que a luta antimanicomial, com vistas à reforma psiquiátrica, introduziu dispositivos alternativos ao modelo centrado em hospitais, expandindo-se por todo o país e demonstrando seus benefícios como serviço de saúde pública em várias áreas, ao promover cuidados fora dos hospitais. No entanto, os pacientes que, antes, eram confinados em instituições asilares, agora enfrentam outras formas de aprisionamento, como a chamada “mordça química” e a institucionalização, conhecida como “capsização”<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> A “capsização”, denominação dada por Amarante (2003) ao processo de reorganização de serviços intermediários, acaba por avultar a demanda dos hospitais, uma vez que não transforma sua natureza fomentando um mecanismo paralelo da psiquiatria tradicional.

Anuindo com esse entendimento, Gomes (2013, p. 96) reflete:

Entretanto, a queda dos muros dos hospitais psiquiátricos não representou o fim dos mecanismos de controle da loucura. Os medicamentos vêm se tornando objeto de consumo como outros. [...]

No campo da psiquiatria forense, os neurolépticos vem se tornando um recurso o qual se suponha garantir o controle da periculosidade, a despeito das singularidades dos tratamentos empreendidos por cada sujeito.

Os modos de controle se renovam em torno desse objeto irresponsável que se tornou louco para os psiquiatras forenses e para o direito penal brasileiro. A exigência de consumo de fármacos para todos os psicóticos pode se inscrever, nesse contexto, como modo de controle capaz de normalizar a loucura considerada ainda nos dias de hoje como potencialmente perigosa.

Conclui a autora Gomes (2013, p. 96) dizendo que se fala muito em humanização do tratamento do louco, mas se tende a esquecer que essa humanização implica não o tomar como objeto e reconhecer a existência de um sujeito singular, cujo tratamento deve ser também singularizado.

Sobre o tema, Luz (1982, p. 82) critica a lógica das políticas de saúde no Brasil e em outras formações capitalistas, destacando que a “Saúde” com S maiúsculo, tratada pelo Estado, frequentemente se limita ao projeto de medicalização, o qual “nunca se estende como quereria, como poderia, para suprir medicamente a carência de saúde da população”. Isso significa que as políticas públicas acabam priorizando intervenções médicas pontuais, em vez de abordar os fatores sociais e econômicos que afetam a saúde.

Quando se trata de saúde mental, com reflexos na seara criminal, questionamentos afloram, ante a exposição das fragilidades de uma Rede de Atenção Psicossocial, por não conseguir efetivar a atenção e cuidado devidos ao paciente com transtorno mental, além de um sistema de justiça calcado em dispositivos retribucionistas, de constitucionalidade duvidosa, presentes no Código Penal Brasileiro e na Lei de Execução Penal, que permitem o ingresso de pessoas doentes no sistema prisional. Tais pontos serão objeto de análise no próximo capítulo.

### 3 ASPECTOS NÃO REVELADOS DA PENA

Daí o efeito importante do Panóptico: induzir no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder.

[...] O Panóptico funciona como uma espécie de laboratório de Poder. (Foucault, 2014, p. 195, 198)

A partir da leitura da obra de Foucault “Vigiar e Punir” (2014) é possível compreender o percurso da punição, em razão da prática de atos considerados ilícitos. Retrata o autor que o processo punitivo se inicia através do suplício, por meio do qual o corpo pagava pelo mal praticado. A punição incluía torturas em praças públicas, esquartejamentos, enforcamento, dentre outras. Na medida em que essas ações deixaram de alcançar sua finalidade, ou seja, o fim da violência, inicia-se um novo controle punitivo, por meio do qual o corpo deixa de padecer, o espetáculo deixa de acontecer, e a punição deixa de ter uma identidade, um rosto. Foucault (2014, p. 37) descreve que:

[...] o suplício penal não corresponde a qualquer punição corporal: é uma produção diferenciada de sofrimentos, um ritual organizado para a marcação das vítimas e a manifestação do poder que pune: não é absolutamente a exasperação de uma justiça que esquecendo seus princípios perdessem todo o controle. Nos “excessos” dos suplícios se investe toda a economia do poder.

Num retrospecto histórico, no Brasil, as Ordenações Filipinas<sup>16</sup> refletiam uma visão punitiva e retributiva da pena, em que o sofrimento do condenado era visto como uma forma legítima de retribuir o mal causado pelo crime. As penas eram severas e incluíam castigos corporais, mutilações, penas de morte e trabalhos forçados. A justiça, desta forma, era marcada por grande arbitrariedade, tendo as punições caráter exemplar com execuções públicas com vistas à intimidação da população. Santos (2019, p. 107) esclarece sobre isso ao dizer que

As Ordenações, ainda muito imbricadas na punição aberta e ritualizada que serve de exemplo para os demais súditos do rei, privilegiam a vontade do monarca, tornando a vingança privada um âmbito público e estabelecendo penas diferentes de acordo com as classes sociais dos criminosos.

---

<sup>16</sup> As Ordenações Filipinas, segundo Lopes (1999, p. 113), “[...] promulgadas em 1603, constituíram um código abrangente e severo que vigorou no Brasil colonial, sendo uma expressão do controle moral e jurídico da Coroa portuguesa sobre a sociedade da época”

De acordo com Julião (2012), a pena privativa de liberdade emergiu como um mecanismo significativo de controle social principalmente na segunda metade do século XVIII, quando a pena de morte deixou de atender às demandas da sociedade emergente, por não alcançar os resultados esperados, como reduzir os delitos, aliviar as tensões sociais ou garantir a segurança das classes superiores. Antes do século XVII, as prisões eram apenas locais de custódia, onde pessoas acusadas de crimes aguardavam julgamento, juntamente com doentes mentais e indivíduos marginalizados por comportamentos desviantes ou questões políticas. Foi somente no final do século XVII que a pena privativa de liberdade se institucionalizou como a principal sanção penal, transformando a prisão no principal local de execução das penas. A partir desse momento, começaram as primeiras reflexões sobre a organização das casas de detenção e as condições de vida dos detentos.

Conforme Foucault (2014), vai-se definindo não tanto um respeito novo pela humanidade dos condenados – os suplícios ainda são frequentes, mesmo para os crimes leves – enquanto uma tendência para uma justiça mais desembaraçada e mais inteligente para uma vigilância penal mais atenta do corpo social.

O registro desse processo no Brasil pode ser encontrado a partir de relato de Koerner (2006, p. 211), porém, já no século XIX

É neste contexto que, em 1833, o governo imperial toma as providências para a construção de uma Casa de Correção na Corte. Adotou-se um projeto elaborado em 1826 por uma sociedade inglesa de melhoramento das prisões, o qual previa uma construção “estilo panóptico”, com quatro raios, com duzentos cubículos cada um, totalizando 800 celas. [...] As celas seriam distribuídas ao longo de um corredor central, havendo também corredores externos. Como regime disciplinar, adotava-se o trabalho em comum durante o dia, em completo silêncio, e isolamento à noite nos cubículos (Alburn). As oficinas seriam intercaladas com os raios, enquanto, na torre central, se situariam a casa do diretor e a capela.

Apesar do propósito de melhorar as condições sanitárias para os detentos, este não se consumou, pois, a Casa de Correção não possuía água encanada, nem esgoto, muito menos enfermarias, ou separação dos presos com doenças contagiosas. Segundo Koerner (2006), em razão da localização, e da má construção do prédio, era insuficiente a ventilação das celas. Tais condições provocaram problemas graves à saúde dos presos, e dentre 1.099 condenados, ali recolhidos, entre junho de 1850 e dezembro de 1869, 245 faleceram.

Outro ponto crucial abordado por Koerner (2006) é a lógica dualista presente no sistema penal brasileiro do século XIX, que refletia as diferenças de estatuto jurídico entre homens livres e escravos. Para os livres, as penas baseavam-se na exemplaridade e correção moral, enquanto para os escravos, prevalecia a lógica da intimidação e aniquilação. Isso fica, particularmente, evidente nas discussões parlamentares sobre o Código Criminal de 1830, nas quais alguns deputados defendiam a pena de morte como única forma de conter a população escrava, considerando que “o estado atual da nossa população... deixa ver hipóteses em que [a pena de morte] seria indispensável” (Koerner (2006), p. 209).

Com o advento da República, novas alterações ocorreram no Sistema Penal Brasileiro. O Código Penal Republicano de 1890, caracteriza-se pela continuação do processo de humanização das penas, com a abolição da pena de morte, para crimes comuns, em tempo de paz e a pena privativa de liberdade passa a ser a forma principal de punição.

Inspirado em ideais positivistas, o Código Penal de 1940 foi elaborado diante de contexto histórico de polarização, em razão da Guerra Fria. Segundo Toledo (1994, p. 63) o Código Penal de 1940 foi fruto de um estado ditatorial, [...], bem como influenciado pelo código fascista, posto que nosso Código, como bem sabemos, foi inspirado no Código Italiano de 1930”.

Zaffaroni (2019, p. 301-302) alerta que

O direito penal fascista serviu para apoiar um estado que exercia seu totalitarismo com o objetivo de atingir um desenvolvimento acelerado que lhe permite se superar o “subdesenvolvimento”, pois, devido a este, significativas massas de população haviam sido empurradas à imigração e a consolidação da sua própria unidade política ficará comprometida, dificultando a integração das regiões mais pobres. Daí ter sido um estatismo fortemente chauvinista, o que fez com que, em virtude da perda do sentido de realidade, assumisse todas as formas simbólicas romanas e degenerasse em delírio imperialista, que acabaria catastroficamente na guerra.

Nessa linha principiológica, instituiu, inicialmente, o sistema do duplo binário, em que era possível a aplicação de pena e da medida de segurança, baseado no princípio da periculosidade. Assim, segundo Gomes (2023, p. 56)

Com a reforma de 1984, fruto das leis 7219/1984 (Alteração da Parte Geral do Código Penal) e da lei 7210/1984 (Lei de Execução Penal) , as medidas de segurança sofreram, mais uma vez, modificação importante, desta feita para estabelecer a substituição do sistema do duplo binário, ou dos trilhos, pelo sistema vicariante (*vicariato*), ou

seja, impedindo a aplicação cumulativa de penas e medidas de segurança, para determinar a separação das mencionadas intervenções penais. Assim, passou-se a adotar as medidas de segurança apenas para os inimputáveis e para os semi-imputáveis, não cabendo mais a sua utilização para os imputáveis em quaisquer hipóteses.

De se notar, desta maneira, que, até a reforma penal de 1984, a prisão “perpétua” era possível no Brasil, haja vista a possibilidade de, ultrapassado o prazo estipulado para cumprimento da pena, em sendo o condenado considerado perigoso, poderia ser mantido encarcerado indefinidamente.

A partir da reforma de 1984, o sistema do duplo-binário é abolido, adotando o sistema vicariante, por meio do qual apenas pode ser aplicada ou pena, ou medida de segurança.

Mas entre o que está posto, descrito na legislação, e o que se observa da realidade, é que a eficácia da pena, enquanto sanção ao ato ilícito, punível e culpável é questionável, existindo entendimentos que a criticam com proposições de novos modelos, mais humanitários e, portanto, mais justos.

Segundo Baratta (2002, p. 11) a pena criminal, em vez de reeducar o condenado, tem um efeito estigmatizador e de exclusão social. Para ele, o sistema penal reforça a identidade criminosa ao rotular o indivíduo e introduzi-lo em uma “carreira desviante”, consolidando seu papel na marginalização. Ao invés de cumprir uma função regenerativa, a pena legitima a exclusão, ao manter o indivíduo preso a estereótipos que dificultam sua reintegração social.

Assim, propõe-se o rompimento com a visão tradicional de criminalidade ao compreender que o comportamento criminoso não é inerente ao indivíduo, mas uma construção social que resulta da reação e estigmatização por parte do sistema jurídico. O crime, neste sentido, é visto como uma etiqueta imposta por uma estrutura de poder que seleciona e marginaliza determinados sujeitos, estabelecendo um ciclo de exclusão. O sistema penal, portanto, torna-se um espaço de manutenção das desigualdades e de reforço das hierarquias sociais existentes.

Essa abordagem enfatiza que o foco do direito penal tradicional na punição relega a dimensão social do crime, ignorando as condições estruturais que contribuem para o desvio. A criminalização não é universal, mas seletiva, e reflete os interesses dos grupos dominantes que controlam as definições de legalidade. Baratta (2002) sugere que, em vez de ser uma resposta justa ao crime, a pena muitas vezes solidifica desigualdades, ao

consolidar a identidade desviante e perpetuar o status marginal do indivíduo no tecido social.

A função seletiva do sistema penal em face dos interesses específicos dos grupos sociais, a função de sustentação que tal sistema exerce em face dos outros mecanismos de repressão e de marginalização dos grupos sociais subalternos, em benefício dos grupos dominantes - hipóteses sobre as quais o *labeling approach* já havia chamado nossa atenção -, parece, portanto, colocar-se como motivo central para uma crítica da ideologia penal, também no interior desta recente reflexão (Baratta, 2002, p. 114)

Existem, no entanto, quem compreenda que a pena possua papel ressocializador, calcado no artigo 10 da Lei de Execução Penal, que disciplina ser dever do estado a assistência ao preso e ao internado, com vistas a prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade. De maneira que a ressocialização se traduz na ideia de que a punição deve proporcionar oportunidades para que o infrator se reabilite e se reintegre na sociedade.

Não obstante a existência da normativa apontada, o conteúdo ressocializador da pena não é consenso. Assim, de acordo com Julião (2012, p. 47)

[...] a criminologia crítica refuta a possibilidade de se admitir o objetivo ressocializador da pena em uma sociedade capitalista pois: (1) a verdadeira função e natureza da prisão estão condicionadas à sua origem histórica de instrumento assegurador da desigualdade social; (2) o sistema penal permite a manutenção do sistema social, possibilitando por outro lado a manutenção das desigualdades sociais e da marginalidade; (3) a estigmatização e o etiquetamento que sofre delinquente com sua condenação tornam muito pouco provável sua reabilitação; (4) a lógica do capitalismo é incompatível com o objeto ressocializador. Sem a transformação da sociedade capitalista não há como encarar o problema da reabilitação do delinquente.

Hulsman e Celis (2019) afirmam que a pena, qualquer que seja ela, definitivamente, serve apenas para somar mais danos e dores aos danos e dores causados pelas condutas etiquetadas como crimes e para fortalecer o poder estatal em detrimento da liberdade dos indivíduos.

Baratta (2002, p. 11) apresenta uma visão crítica sobre as funções tradicionais da pena, sugerindo que elas frequentemente servem à perpetuação das desigualdades sociais. Para o autor “a criminalidade não é um dado ontológico, mas uma realidade social construída pelo sistema de justiça criminal”. Ele afirma que o sistema penal “não reeduca, mas consolida a identidade criminoso”, ampliando a marginalização dos sujeitos punidos. Segundo ele, a pena muitas vezes reforça um “status social atribuído” ao criminoso,

intensificando o ciclo de exclusão social. Ainda segundo o autor, “a rejeição da função reeducativa da pena criminal” ocorre porque o sistema penal, em vez de reabilitar o infrator, reforça a estigmatização e o status social de criminoso, impedindo sua reintegração à sociedade e consolidando um ciclo de exclusão e marginalização.

Ressocialização, palavra que, de acordo com “Dicio”, Dicionário Online de Português, significa, dentre outras coisas, voltar a pertencer, a fazer parte de uma sociedade; esta é uma ideia utópica, haja vista que o público que habita o sistema prisional, em sua maioria, jamais fez, efetivamente, parte da sociedade.

Julião (2012, p. 65) trata sobre a matéria, argumentando que:

Os internos penitenciários são, na grande maioria, conforme já apresentado por diversos estudos, pobres com pouca ou quase nenhuma instrução que viviam precariamente em favelas e bairros pobres das periferias das cidades. Ou seja, quando em liberdade já viviam excluídos do acesso aos bens sociais a que tem direitos os que são considerados cidadãos. Cabe, então, perguntar: será que quando saírem do confinamento imposto pela sociedade passarão a ter garantidos os direitos que eles foram sistematicamente negados? A realidade diz que não.

Segundo Julião (2012) o conceito de ressocialização, de maneira geral, conforme é compreendido e aplicado no sistema penitenciário moderno, baseia-se na ideia de preparar o preso para retornar à sociedade com a disposição de seguir as normas sociais (tratamento ressocializador mínimo), garantindo, assim, sua cidadania (tratamento ressocializador máximo).

Especialista na análise do sistema prisional, Julião (2012, p. 71) conclui que:

[...] os conceitos de ressocialização e reinserção social se deterioraram, emergindo o de socialização. Ambos os conceitos (ressocialização e reinserção social), ao contrário da socialização, estão impregnados da concepção político-pedagógica de execução penal que compreende o cárcere como instituição total/instituição completa, em que o indivíduo é capturado da sociedade, segregado totalmente da comunidade livre. Com esta nova concepção, compreende-se o sistema penitenciário como uma instituição social como tantas outras, reconhecendo a sua incompletude tanto institucional quanto profissional, valorizando uma maior interseção das demais instituições com o cárcere, de outros profissionais extramuros com os agentes operadores da execução. Cria-se uma nova dinâmica política e ideológica que prima pela não segregação total do indivíduo, pela compreensão de que o ser humano vive em um constante processo de socialização. Assim, reconhece-se que o papel do sistema de privação de liberdade é de socioeducar: do compromisso com a segurança da sociedade e de promover a educação do delinquente para o convívio social.

Vê-se, desta maneira, que a ressocialização, como finalidade da pena, não é algo factível, pelas próprias incongruências existentes na relação de, por meio da exclusão, construir-se a participação social, afastar para incluir.

É, assim, possível, observar que a pena, portanto, vem, ao longo do tempo, se moldando, mas não perde o seu caráter controlador e subjugador. Isto porque, ao adentrar no campo da consciência abstrata, a punição deixa de ser apenas uma questão perceptível no dia a dia e passa a exercer um papel mais sutil e internalizado na mente das pessoas. Sua eficácia não está somente na visibilidade ou intensidade do castigo, mas, sim, na certeza inerente de que as consequências dos atos serão enfrentadas.

Conforme Foucault (2014, p. 14),

A punição vai se tornando, pois, a parte mais velada do processo penal, provocando várias consequências dos pontos deixa o campo da percepção quase diária e entra no da consciência abstrata sua eficácia é atribuída à sua fatalidade, não à sua intensidade visível a certeza de ser punido é que deve desviar um homem do crime e não mais o abominável teatro a mecânica exemplar da punição muda as engrenagens.

Assim, a certeza da punição é o que desencorajaria a prática criminosa, destacando-se a importância da previsibilidade das consequências legais. A punição não apenas puniria indivíduo, mas também serviria como um mecanismo de mudança comportamental, alterando as engrenagens sociais e éticas que regem a convivência em sociedade.

Assim, a transformação da justiça em relação à punição revela uma mudança na forma como a violência é associada ao exercício do poder judiciário. A justiça busca afastar-se publicamente da imagem de violência explícita, buscando uma abordagem mais fundamentada na garantia da ordem social e na prevenção do crime por meio da certeza do castigo.

Segundo Foucault (2014, p. 15), a execução da pena vai-se tornando um setor autônomo, em que o mecanismo administrativo desonera a justiça, que se livra desse secreto mal-estar por um “enterramento burocrático da pena”. Essa sugere uma forma de lidar com as consequências dos atos criminais de maneira distante e quase impessoal, através de procedimentos administrativos padronizados. Essa abordagem pode ter o benefício da eficiência processual, mas também levanta preocupações sobre a individualização das penas e o cuidado com a ressocialização dos condenados.

Davis (2019, p. 46) reflete que o processo por meio do qual o encarceramento se tornou a maneira primária de punição imposta pelo estado estava intimamente relacionado à ascensão do capitalismo e ao surgimento de um novo conjunto de condições ideológicas.

É possível identificar que o encarceramento em massa e o “complexo industrial-prisional” são diretamente influenciados pelo capitalismo moderno, que busca lucratividade através do controle das populações mais vulneráveis, principalmente pessoas racializadas. A privatização do sistema carcerário e a exploração da mão de obra dos presos refletem a lógica de acumulação capitalista, reforçando desigualdades sociais e racializadas que perpetuam a exclusão e o aprisionamento como ferramentas de opressão e controle.

Wacquant (2011) reverbera que o retorno da prisão à linha de frente institucional das sociedades avançadas nos últimos 25 anos é uma resposta política não à ascensão da insegurança criminal, mas à difusa insegurança social, moldada pela fragmentação do trabalho assalariado e pela reestruturação da hierarquia étnica.

Nota-se, assim, que o retorno das prisões como uma solução central nas sociedades modernas não responde ao aumento da criminalidade, mas sim a uma insegurança social mais ampla. Essa insegurança é causada, em parte, por fenômenos como o uberismo, caracterizado pela precarização das relações de trabalho e pela fragmentação do emprego formal. Aliada à reestruturação das hierarquias étnicas, essa precariedade econômica intensifica o controle social através do sistema penal, transformando as prisões em instrumentos de gerenciamento da desigualdade e da exclusão social em uma sociedade cada vez mais segmentada.

Nessa mesma linha de intelecção, Hulsman e Celis (2019, p. 22) assinalam que:

[...] o encarceramento afeta o direito à Liberdade em tal extensão que implica em sua própria eliminação. A eliminação de um direito fundamental não se compatibiliza com a ideia de democracia. Um direito fundamental pode ser restringido para permitir o exercício de outros direitos fundamentais, mas não pode ser totalmente eliminado como acontece quando alguém é condenado a uma pena privativa de liberdade.

Há um movimento crescente em direção a alternativas à pena de prisão, como penas alternativas, justiça restaurativa e programas de tratamento. Essas abordagens buscam abordar as causas subjacentes do crime e promover uma justiça mais eficaz.

Apesar de recente no Brasil, a justiça restaurativa, de acordo com Robalo (2012, p. 31-39) já é utilizada há bastante tempo, em outros países, a exemplo da Nova Zelândia, Estados Unidos e Canadá, e visa à reparação do dano causado pela infração. Em vez de focar exclusivamente na punição do infrator, a justiça restaurativa busca envolver todas as partes afetadas, para alcançar uma resolução que promova a reconciliação e a cura.

De acordo com Zehr (2008) a restituição simboliza a recuperação de perdas e, mais significativamente, representa um reconhecimento do erro e a assunção de responsabilidade. Corrigir o mal cometido funciona como uma forma de expiação, que pode promover a cura de maneira mais eficaz do que a simples retribuição.

Pallamolla (2009, p. 194), argumenta que:

O modelo de justiça Restaurativa, como se pôde observar, não possui estrutura rígida nem detém um conceito fechado e comporta valores, princípios, meios e finalidades diversas das do modelo da justiça criminal. Enfatiza, dentre outras coisas, o dano sofrido pela vítima e as necessidades dele decorrentes, a responsabilização do ofensor para que repare o dano o empoderamento das partes envolvidas i, sempre que possível a reparação das relações afetadas pelo delito.

Segundo Queiroz (2005, p. 127):

[...] com pretender tal redefinição da resposta penal e com vistas a implementar o modelo de justiça restaurativa, se quer responder, nos limites (estruturais) da intervenção jurídico-penal e intra-sistematicamente, à crítica, procedente, de que todo o sistema penal gira em torno da ideia de culpabilidade individual (pessoal), desprezando por completo o ambiente ou sistema social em que se insere, uma vez que se culpam os indivíduos que se ignoram os sistemas, as estruturas sociais.

Nessa perspectiva, a pena deve ser entendida como um reflexo das relações de produção e das estruturas de poder vigentes na sociedade. A função punitiva do Estado muitas vezes serve para manter a ordem social e proteger os interesses das classes dominantes, perpetuando desigualdades e marginalizando os mais vulneráveis.

Para uma intervenção mais justa, é necessário repensar a estrutura da pena de modo a abordar as raízes socioeconômicas do crime. Isso poderia incluir a implementação de políticas que promovam a igualdade econômica, o acesso à educação e ao emprego, e a inclusão social, bem como a adoção de práticas de justiça restaurativa que enfatizem a reparação do dano e a reintegração do infrator à comunidade. Essas intervenções buscam não apenas punir, mas transformar as condições materiais que geram o crime, promovendo uma justiça verdadeiramente equitativa.

No próximo item, serão discutidos os diferentes tipos de penas, explorando suas funções e impactos na busca por um sistema de justiça mais justo e eficaz.

### 3.1 PENA E MEDIDA DE SEGURANÇA

São diversas as sanções aplicáveis no Brasil, variando de acordo com a gravidade do delito praticado, os princípios penais, e as condições do sujeito a quem será aplicada. Existem, desta maneira, penas privativas de liberdade, reclusão e detenção, e as restritivas de direitos.

Zaffaroni e Pierangeli (2019) alertam que o código atual reconhece três categorias de penas: a) privativas da liberdade, com graus diferenciados, que vão desde a institucionalização total do indivíduo, até o seu controle, ou limitação, fora da instituição total ou prisão; b) restritiva de outros direitos; c) de conteúdo patrimonial.

A pena de reclusão, prevista no artigo 33 do Código Penal Brasileiro é uma das formas mais graves de punição no sistema penal nacional. Ela envolve a privação da liberdade do condenado em estabelecimento prisional, onde o sentenciado cumprirá a sua pena em regime inicialmente fechado, podendo, ao longo do tempo, progredir para regimes mais brandos, como o semiaberto<sup>17</sup> (artigo 35 do Código Penal Brasileiro) e o aberto<sup>18</sup> (artigo 36 do Código Penal Brasileiro).

A pena de detenção, em pouco se diferencia da pena de reclusão, sendo destinada a delitos de menor gravidade, e, quando aplicada, o regime inicial será o semiaberto ou aberto.

Zaffaroni e Pierangeli (2019, p. 703) analisam que

O texto vigente mantém essa distinção, ainda que praticamente tenham sido suprimidas as diferenças entre a reclusão e a detenção, pois o artigo

---

<sup>17</sup> Art. 35 - Aplica-se a norma do art. 34 deste Código, caput, ao condenado que inicie o cumprimento da pena em regime semiaberto.

§ 1º - O condenado fica sujeito a trabalho em comum durante o período diurno, em colônia agrícola, industrial ou estabelecimento similar.

§ 2º - O trabalho externo é admissível, bem como a frequência a cursos supletivos profissionalizantes, de instrução de segundo grau ou superior (Brasil, [2024b]).

<sup>18</sup> Art. 36 - O regime aberto baseia-se na autodisciplina e senso de responsabilidade do condenado.

§ 1º - O condenado deverá, fora do estabelecimento e sem vigilância, trabalhar, frequentar curso ou exercer outra atividade autorizada, permanecendo recolhido durante o período noturno e nos dias de folga

§ 2º - O condenado será transferido do regime aberto, se praticar fato definido como crime doloso, se frustrar os fins da execução ou se, podendo, não pagar a multa cumulativamente aplicada (Brasil, [2024b]).

33 fixa, unicamente, que a reclusão deve ser cumprida em regime fechado, em aberto e aberto enquanto a detenção só pode ser cumprida em regime semiaberto ou aberto, salvo necessidade de transferência a regime fechado. Quanto à execução, não existem diferenças entre as duas espécies de pena.

Além das penas de reclusão e detenção, a legislação brasileira prevê a possibilidade de aplicação de penas alternativas, ou restritivas de direitos, previstas no artigo 43 do Código Penal Brasileiro (Brasil, [2024b], sem paginação), são elas:

Art. 43. As penas restritivas de direitos são:

I - prestação pecuniária

II - perda de bens e valores;

III - limitação de fim de semana.

IV - prestação de serviço à comunidade ou a entidades públicas;

V - interdição temporária de direitos

VI - limitação de fim de semana

Sobre as penas alternativas Florêncio e Costa (2021) esclarecem que essa modalidade de pena – adotada pela primeira vez na Rússia, em 1926 – foi implantada no Brasil em 1984, a partir da lei 7.209/84, só podem ser aplicadas aos crimes de menor e médio potencial ofensivo, como penas de, no máximo, quatro anos ou réus primários.

A multa pode ser definida como sanção pecuniária imposta ao condenado, cujo valor pode variar de acordo com a legislação e a gravidade do crime. Em alguns casos, a multa é combinada com outras penas, como a prisão. Segundo Zaffaroni (2019, p. 719), a prestação pecuniária envolve o pagamento em dinheiro à vítima, seus dependentes ou uma instituição com finalidade social, conforme determinado pelo juiz na sentença condenatória. Essa pena tem caráter reparatório evidente.

Já a perda de bens e valores do condenado, segundo o §3.º do artigo 45 do Código Penal Brasileiro, dar-se-á, ressalvada a legislação especial, em favor do Fundo Penitenciário Nacional, e seu valor terá como teto – o que for maior – o montante do prejuízo causado ou do provento obtido pelo agente ou por terceiro, em consequência da prática do crime.

Por prestação de serviços à comunidade, conforme artigo 46 do Código Penal Pátrio, compreende-se o desenvolvimento de serviços gratuitos, pelo condenado, em entidades públicas, ou assistenciais, conveniadas com Estado, ou com o Poder Judiciário.

É ainda possível a restrição temporária de certos direitos do condenado, previstas no artigo 47 do Código Penal Brasileiro, como a suspensão da habilitação para dirigir, a

proibição de frequentar determinados lugares ou a suspensão do exercício de profissão ou atividade.

Assim, foi possível observar a variedade de tipos de penas, no Brasil. A aplicação de cada uma delas variará de acordo com a situação posta em apreciação pelo Poder Judiciário, bem como pela situação pessoal daquele(a) apontado(a) como autor(a) do delito.

Também não são poucas as críticas ao sistema punitivo brasileiro, bem como à sua ineficiência na redução dos índices de violência, como já discutido anteriormente.

Todas essas penas são aplicáveis a pessoas penalmente capazes, sendo certo que as consequências da aplicação variam de acordo com a pena a ser cumprida pelo(a) condenado(a).

Não obstante, até aqui, não se falou a respeito da modalidade de sanção penal aplicável quando o(a) autor(a) do delito é considerado(a) inimputável ou semi-imputável, no caso, as medidas de segurança. Isso porque o caráter punitivo, presente na medida de segurança, leva a crer seja ela um tipo de pena, porém, na teoria, pelo menos, pena e medida de segurança são institutos distintos no sistema de justiça penal e são aplicados em contextos diferentes. Razão pela qual, passa-se a tratar sobre a medida de segurança, semelhanças e distinções da pena, além do seu caráter aflitivo.

A respeito da medida de segurança, Caetano (2019, p. 32) esclarece são as sanções aplicáveis a quem pratica o crime, mas que não tem responsabilidade penal ou que tem reduzida a capacidade de compreensão do ilícito em função de um transtorno mental.

Difere da pena, porque esta é imposta a indivíduos que tenham sido condenados por cometer um crime. Sua finalidade principal é punir o infrator pela conduta criminosa e proteger a sociedade por meio da privação da liberdade. Tem por escopo a retribuição, prevenção geral (dissuasão de outros infratores) e, em certos casos, a ressocialização do(a) condenado(a).

A pena tem duração determinada pela sentença judicial, geralmente com base no Código Penal, ou em legislação especial, para determinados tipos de crimes. A liberdade do condenado é restituída após o cumprimento da pena ou, em alguns casos, por meio de benefícios legais, como a progressão de regime. Por fim, não requer avaliações periódicas de saúde mental, uma vez que a privação de liberdade é uma sanção determinada pelo tempo de cumprimento da pena.

Já a medida de segurança tem natureza preventiva e terapêutica, aplicável a indivíduos que, em razão de possuir transtorno mental, não possuem a capacidade de

compreender a ilicitude de seus atos, ou de se autodeterminar, de acordo com a lei, no momento da infração. A medida de segurança visa, em teoria, à proteção do próprio indivíduo e da sociedade, bem como à sua reabilitação e tratamento. Em teoria.

Sobre o tema, Lebre (2013, p. 277) aponta que:

As medidas de segurança traduzem, em sua essência, a ideia de providência, precaução, cautela, característica especial de dispensar cuidados a algo ou alguém para evitar um determinado mal. E é exatamente nessa perspectiva que elas também acabam consagrando o seu escopo primordial: atuar no controle social, afastando o risco inerente ao indivíduo que é inimputável por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto e que praticou uma infração à norma penal.

Por não possuir um prazo fixo de duração, e ser aplicável, pelo tempo necessário, a critério do magistrado, até que o paciente seja considerado recuperado de seu transtorno mental e não represente mais um perigo para a sociedade, a medida de segurança pode resultar em um período de internação maior ou menor, independente da evolução do paciente.

Sobre o tema, alerta Caetano (2019, p. 54):

Em muitos casos, principalmente por conta do seu caráter detentivo e indeterminado, e por não ter limite máximo de duração, eram muito mais gravosas do que a própria sanção penal objetivamente considerada, severidade que ganha dimensão ainda maior em face das terríveis condições de funcionamento dos manicômios judiciais brasileiros. Substancialmente, as medidas de segurança podem ser muito mais graves, portanto, do que as mais severas das penas privativas de liberdade.

A falta de prazo para o cumprimento das medidas de segurança gera um dilema para os custodiados e familiares, bem como para os profissionais envolvidos no acompanhamento destes pacientes. A incerteza sobre a duração da internação e a falta de perspectiva de quando a medida será encerrada podem criar um ambiente de constante apreensão.

O entendimento jurisprudencial sobre a falta de prazo para o cumprimento das medidas de segurança tem variado ao longo dos anos. Alguns tribunais têm defendido a manutenção da indeterminação como forma de garantir a proteção da sociedade e a recuperação do paciente. No entanto, outros têm se manifestado a favor da definição de prazos máximos para o cumprimento das medidas.

Sobre isso, Gomes (2023, p. 85) relata que o Supremo Tribunal Federal já firmou posição no sentido de fixar limite de duração da medida de segurança, conforme

parâmetros constitucionais, tendo em vista o disposto no supracitado artigo 5.º, XXXV, “b”, Constituição Federal Brasileira e o artigo 75, do Código Penal Brasileiro.

Prosegue Gomes (2023) dizendo que, a respeito da duração das medidas de segurança, tem o Superior Tribunal de Justiça posição mais avançada, entendendo que o máximo de duração da medida de segurança não pode ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.

Importante enunciado, a Súmula nº 527 do Superior Tribunal de Justiça (STJ) estabelece um princípio fundamental, no contexto das medidas de segurança, aplicadas a indivíduos inimputáveis ou semi-imputáveis, que tenham cometido crimes em decorrência de transtornos mentais. O cerne dessa súmula reside na premissa de que o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena, abstratamente cominada ao delito praticado.

Trata-se de providência sumular, que, ao estabelecer que a duração da medida de segurança não pode ser superior que tempo máximo previsto como pena aplicável ao delito, visa garantir a proporcionalidade entre a restrição da liberdade do paciente e a gravidade do delito cometido. Tal entendimento já norteia decisões que delimitam o cumprimento das medidas de segurança, daqueles que tiveram um processo julgado. Contudo, sem uma sentença, com medida cautelar diversa da prisão, como se definir o prazo para a continuidade da internação provisória?

Trata-se de desafio complexo no sistema de justiça penal e a recente Resolução 487/2023 do CNJ demonstra um esforço para abordar essa questão, como será analisado adiante. No entanto, é fundamental que a sociedade e as autoridades continuem a debater e buscar soluções que garantam a proteção da sociedade, o tratamento adequado dos pacientes e o respeito aos direitos humanos. A definição de prazos e a avaliação regular são passos importantes para lidar com a omissões legislativas quanto aos prazos das medidas de segurança no contexto do sistema de justiça penal.

O sistema de justiça frequentemente recorre ao internamento de pessoas com transtorno mental em manicômios judiciais, ou outras instituições com caráter asilar, prática que levanta questões éticas, legais e sociais, em vista do desrespeito à Lei 10.216/2001.

Tagliari (2020) argumenta que a medida de segurança diverge da pena tendo em vista que esta tem como pressuposto a culpabilidade, por um fato pretérito, enquanto aquela busca cessar a periculosidade para prevenir novos crimes.

Lado outro, é possível afirmar que a medida de segurança possui características que a distanciam das demais penas, mas não se pode dizer que se trate de algo bom. Como dito anteriormente, a medida de segurança possui prazos mínimos de aplicação e, para que seja concedido um alvará de desinternação, é necessário que haja parecer médico, expresso em laudo pericial, que ateste a cessação da periculosidade. Ainda assim, não há a obrigatoriedade de obediência ao parecer técnico, podendo o magistrado manter a medida de segurança, ainda que o laudo ateste de forma distinta.

Caetano (2019) reflete que o limite máximo simplesmente não existe e a medida de segurança pode, assim protrair-se indefinidamente no tempo, o que, no sistema de justiça criminal brasileiro, vem permitindo a longa permanência de pessoas em manicômios judiciais, em incontestável situação de perpétua privação de liberdade.

Foucault (2014, p. 23) argumenta que são punidas, ainda, pela aplicação dessas “medidas de segurança” que acompanham a pena (proibição de permanência, liberdade vigiada, tutela penal, tratamento médico obrigatório) e não se destinam a sancionar a infração, mas a controlar o indivíduo.

Como *locus* da aplicação da medida cautelar de internação provisória na Bahia, o manicômio judiciário é um equipamento público vinculado à Secretaria de Administração Penitenciária, SEAP. Logo, apesar de ser caracterizado como hospital, guarda em si uma estrutura prisional, sendo certo que, ali, foi instalado o primeiro presídio da Bahia.

A importância desse fato se dá para evidenciar que, além da estrutura de um presídio, as pessoas ali internadas são obrigadas a cumprir todas as regras das unidades prisionais. Vigilância e controle se fazem presentes diuturnamente, o que suscita indagações sobre o poder e o controle exercidos sobre as pessoas com transtorno mental.

Essa vigilância pode ser usada como meio de controle e disciplina. Os pacientes muitas vezes são monitorados de perto, e qualquer desvio do comportamento considerado “normal” pode resultar em intervenções, como o uso de medicamentos ou medidas de contenção, a indicar violações sobre o respeito à liberdade individual e a autonomia das pessoas com transtorno mental.

Goffman (2013, p. 16), a respeito das instituições, aponta que toda instituição tem tendências de “fechamento”. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que, muitas vezes, estão incluídas no esquema físico.

O conceito de “instituição total”, abordado por Goffman (2013, p. 16), é central para entender as instituições de saúde que isolam e controlam indivíduos. Instituições

totais são aquelas em que todos os aspectos da vida de uma pessoa são rigidamente organizados e supervisionados por uma autoridade central. No contexto dos manicômios, isso se manifesta em uma estrutura onde os internos perdem grande parte de sua autonomia e são tratados de maneira homogênea, o que frequentemente leva à despersonalização. Goffman descreve essas instituições como espaços onde a individualidade é suprimida e o controle sobre os internos é absoluto, o que se reflete na maneira como eles são vistos e tratados tanto dentro quanto fora dessas instituições.

Os hospitais psiquiátricos bem se enquadram na classificação de instituição total, uma vez que os pacientes, ali internados, têm suas vidas altamente controladas e monitoradas. Todas as suas atividades acontecem naquele espaço, dormir, acordar, estudar, atendimento médico e odontológico, banho de sol, enfim, ali se concentra toda a sua existência. São submetidos a um conjunto de regras e regulamentos que determinam seu comportamento e rotina diária. Essa estrutura de poder pode ser vista como uma forma de panoptismo, onde os pacientes são levados a acreditar que estão sendo constantemente observados. Foucault (2014, p. 194) esclarece sobre a expressão, dizendo que:

O Panóptico de Bentham é a figura arquitetural dessa composição. O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro, um a torre: esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada um atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exterior permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar.

Além da vigilância, existe outra forma de controle dos corpos dos pacientes, realizada por meio da administração de fármacos, psicotrópicos, de uso contínuo. A medicalização da loucura envolve a transformação da experiência da loucura em uma questão de saúde mental. Essa realidade pode ser interpretada como uma forma de controle, onde a “normalidade” é definida pela ausência de sintomas.

Luz (2019, p. 116) avalia que

[...] não se trata de ajudar “a força curativa da natureza” a manifestar-se, trazendo de volta o “estado de saúde”. Por mais que a visão “naturista” possa ser uma representação corrente na sociedade civil desde o século XVIII, a medicina insistirá, cada vez mais, na intervenção medicamentosa como forma de derrotar a doença. Os avanços da botânica e, posteriormente, da química, animista ou mecanicista, serão organizados pelo saber médico, no sentido da experimentação nos doentes de ervas, tinturas, pedras, metais e minerais que, aos poucos, irão provendo o grande arsenal das drogas

farmacêuticas, que se arma durante a época clássica, sobretudo no século XVIII.

Gomes (2013, p. 84) relata que:

Os psicóticos infratores representam uma pequena, mas importante parcela de consumidores dos quais se demanda que consumam, obrigatoriamente, os medicamentos psicotrópicos, testemunhando o nascimento de uma nova modalidade de controle. Nos laudos psiquiátricos que pretendem avaliar sua periculosidade e atuar preventivamente para impedir novos atos encontramos a indicação compulsória de tratamento que jamais pode prescindir da medicação psiquiátrica.

Segundo Gomes (2013, p. 96), os mecanismos de controle têm se reinventado em relação ao indivíduo considerado irresponsável pela psiquiatria forense e pelo direito penal brasileiro. Nesse cenário, a obrigatoriedade do uso de medicamentos para todos os psicóticos é vista como uma forma de controle que visa normalizar a loucura, que continua sendo tratada como potencialmente perigosa na sociedade atual.

Essa visão estigmatizante é reforçada no cotidiano por práticas institucionais, sociais e até mesmo familiares. Muitas vezes, pessoas com transtornos mentais são tratadas como incapazes de contribuir para a sociedade, sendo marginalizadas tanto em ambientes profissionais quanto em círculos sociais.

Foucault fala sobre a importância da resistência e da busca por alternativas ao poder opressivo. A resistência pode assumir várias formas, desde a recusa em tomar medicamentos até a luta por direitos e autonomia. As pessoas com transtorno mental muitas vezes buscam maneiras de resistir ao controle e recuperar sua agência.

Agamben, citado por Gomes (2013, p. 95) aduz que

A manutenção dos mecanismos de controle biopolítica se faz em nome da preservação da vida. Isso justificaria a continuidade de um estado de exceção em que os direitos fundamentais podem permanecer suspensos. Não é raro escutarmos como justificativa para essas atrocidades a ideia de que é preciso proteger o louco para que não coloque em risco a própria vida e a dos demais. Isso autoriza, muitas vezes, a sua permanência na condição de isolamento, sem o tratamento singularizado que leve em conta *a arte de cada um*.

A desinstitucionalização e a ênfase em abordagens comunitárias são o foco da Lei 10.216/2001, que determina o cuidado de saúde mental na comunidade, sendo a internação medida excepcional, que, apenas pode ocorrer em casos graves e com requisição médica.

Para Gomes (2013) fala-se muito em humanização do tratamento do louco, mas se tende a esquecer que essa humanização implica não o tomar como objeto e reconhecer a existência de um sujeito singular, cujo tratamento deve ser também singularizado.

Barros-Brisset (2013, p. 23) argumenta que:

O sistema penal considera aqueles que já enlouqueceram como se fossem exceção à regra da humanidade, fixando-os eternamente ao seu diagnóstico. Desde que catalogados e inseridos na classe dos “transtornos mentais”, passam a ser uma aberração permanente aos olhos do “sistema”, e mesmo a sua condição de sujeito de direito é ignorada.

Assim, as ideias sobre poder, controle e resistência, e como elas se aplicam ao tratamento de pessoas com transtorno mental, lembram da importância de questionar o poder e o controle, e de buscar alternativas que respeitem os direitos e a dignidade das pessoas com transtorno mental, por meio de uma abordagem mais centrada na pessoa, que respeite sua autonomia e promova sua inclusão social.

Segundo Gomes (2023, p. 57), no direito penal brasileiro, as medidas de segurança são intervenções penais de natureza pessoal, aplicadas diretamente aos infratores com distúrbios mentais. Essas medidas visam restringir total ou parcialmente a liberdade individual do infrator com um propósito terapêutico, buscando prevenir a repetição de comportamentos criminosos.

Conforme Jacobina (2008, p. 99):

E é óbvio que compelir alguém a uma internação manicomial sem prazo definido e independentemente de sua vontade é um *sancionamento de natureza penal*. Fazê-lo no âmbito de um processo penal, em obediência à legislação penal, é uma condenação penal a uma sanção, ainda que sob o disfarce de uma *sanção terapêutica*. Quando a própria comunidade científica e o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) vêm negando o caráter terapêutico do internamento, fica claro que a medida é estritamente punitiva e, portanto, de problemática constitucionalidade. Trata-se, pois, de responsabilização penal objetiva. Parece claro que outra medida teria de ser adotada pela sociedade, caso quisesse relacionar-se com alguém legalmente inimputável que lhe estivesse ameaçando algum valor jurídico sem que se lhe pudesse atribuir *culpa em sentido lato*.

Ainda sobre esse ponto, releva acrescentar que, a despeito da teoria que circunda e norteia a medida de segurança, não se pode desprezar o seu caráter opressor, uma vez que, nos moldes em que ainda é aplicada, aquele que a cumpre passa por todas as mazelas próprias de quem habita o sistema prisional, com todos os agravantes decorrentes do processo estigmatizante, advindos da rotulagem associada ao louco criminoso. Justifica-

se tal assertiva com a observação da realidade de ambas as situações, do criminoso e do louco criminoso. Para melhor compreender enumera-se algumas semelhanças:

1. tanto as unidades prisionais comuns, quanto o hospital de Custódia e tratamento psiquiátrico, são guardados por policiais penais, nas áreas internas, e policiais militares que ocupam guaritas, passarelas e fazem a segurança Perimetral;
2. o uniforme destinado a todos os habitantes do sistema prisional baiano é o mesmo, de cor laranja, inexistindo qualquer distinção para os utilizados pelos pacientes do HCTP;
3. a utilização de grades, de igual maneira, está presente nas duas situações;
4. o cerramento de todas as atividades pelos habitantes, seja do HCTP seja das demais unidades prisionais, é o mesmo, não existem atividades externas, com exceção de deslocamentos para procedimentos de saúde, participação em audiências, ou outras demandas de ordem administrativa, como abertura de conta em banco ou regularização de documentação civil.

Esses são apenas alguns exemplos que demonstram que, a teoria que desconsidera a medida de segurança como pena não se concretiza na realidade vivenciada por aqueles que foram absolvidos em uma sentença de mérito.

Goffman (2013, p. 28-30) esclarece sobre os efeitos da institucionalização, ao dizer que:

[...] no entanto, ao ser admitido numa instituição total, é muito provável que o indivíduo seja despido de sua aparência usual, bem como dos equipamentos e serviços com os quais a mantém, o que provoca a desfiguração pessoal. [...] Como já foi sugerido, o material da instituição dado como substituto para aquilo que foi retirado é geralmente de um tipo barato, mal ajustado, muitas vezes velho e igual para amplas categorias de internados. [...] Da formação pessoal que decorre do fato de a pessoa perder seu conjunto de identidade, existe a desfiguração pessoal que decorre de mutilações diretas e permanentes do corpo. [...] Na admissão, a perda de equipamento de identidade pode impedir que o indivíduo apresente, aos outros, sua imagem usual de si mesmo.

O doutrinador Caetano (2019, p. 103/105) analisa que o Manicômio Judiciário está previsto na Lei de Execução Penal (LEP), dentre os estabelecimentos penais e, como tal, é subordinado à administração penitenciária dos Estados, o que inexoravelmente leva à priorização de dispositivos e rotinas de segurança, em detrimento de qualquer prática terapêutica, que acaba por se mostrar inviável no espaço de contenção.

Outro ponto a ser considerado é o fato da limitação de locais para cumprimento da medida de segurança, sobretudo ao se estudar a realidade do estado da Bahia, que conta tão somente com um HCTP, localizado na baixa do fiscal no município de Salvador.

Não é novidade que pessoas que possuem transtorno mental, ou que estão em sofrimento psíquico, tendem a dar trabalho, no convívio familiar, precipuamente se não recebem o tratamento adequado à sua condição de saúde. O afastamento dessas pessoas de suas famílias, para cumprirem a medida de segurança, se traduz, em longo prazo, no rompimento de vínculo familiar, fator determinante ao abandono de pacientes abrigados no HCTP da Bahia.

Clara, fica, portanto, a vulnerabilização das pessoas com transtornos mentais quando, em conflito com a lei, ingressam no sistema penal, compreendendo-se relevante, o estudo da luta antimanicomial, que ensejou a criação da Lei 10.216/2001.

Como dito anteriormente, a medida de segurança é um instituto do direito penal que, embora tenha como objetivo principal a proteção da sociedade e a busca pela reabilitação do indivíduo, muitas vezes carrega consigo um caráter aflitivo que merece atenção e reflexão, sobretudo pela característica asilar do manicômio judiciário, que bem se encaixa na descrição de Goffman (2013) de “instituição total”.

Adentrar as grades do Hospital de Custódia e Tratamento se reflete num contínuo despir, despir-se das relações sociais, dos seus pertences, da sua imagem, da sua identidade, é como se fosse um aborto do eu. Nesse âmbito, retrata Goffman (2013) que, ao ser admitido na instituição total, é muito provável que o indivíduo seja despido de sua aparência usual, bem como dos equipamentos e serviços com os quais a mantém, o que provoca desfiguração pessoal.

Prossegue Goffman (2013, p. 29-30) dizendo que

[...] além da deformação pessoal, que decorre do fato de a pessoa perder seu conjunto de identidade, existe a desfiguração pessoal que decorre de mutilações diretas e permanentes do corpo. [...] Na admissão, a perda de equipamento de identidade pode impedir que o indivíduo apresente, aos outros, sua imagem usual desse mesmo.

Não se trata apenas de um local para tratamento, mas o enquadramento da subjetividade nas normas e regulamentos que regem aqueles espaços. Horário do desjejum, horário do pátio, horário da rampa, horário do descanso, horário da tranca, horário da janta, continua na tranca, horário da ceia e, sim, em vários intervalos, horários dos remédios. As roupas são laranja. As sandálias também.

O paciente submetido a uma medida de segurança enfrenta o desafio de lidar com a restrição de liberdade em um ambiente muitas vezes semelhante ao de uma prisão. A convivência com outros pacientes, a falta de autonomia e a sensação de estar sob controle do Estado podem ser extremamente aflitivas. O sofrimento psicológico associado à medida de segurança pode ser agravado pela falta de perspectiva de quando, ou se, a internação será encerrada.

O inciso VII do artigo 319 do Código de Processo Penal, que prevê a internação provisória do acusado em casos de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem que o indivíduo é inimputável ou semi-imputável (art. 26 do Código Penal) e houver risco de reiteração, foi introduzido pela Lei nº 12.403, de 4 de maio de 2011. Essa lei reformou as medidas cautelares alternativas à prisão no processo penal, buscando uma abordagem mais ampla e ajustada às diferentes situações envolvendo acusados.

Sendo essa uma modalidade de prisão cautelar, que permitiu a institucionalização de pessoas com transtorno mental, no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, passa-se ao seu estudo, de forma a melhor contextualizar o objeto central do presente estudo.

#### 4 A MEDIDA CAUTELAR DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA

Os doentes mentais podem descobrir-se numa “atadura” muito especial. Para sair do hospital, ou melhorar sua vida dentro dele, precisam demonstrar que aceitam o lugar que lhes foi atribuído, e o lugar que lhes foi atribuído consiste em apoiar o papel profissional dos que parecem impor essa condição. Essa servidão moral auto alienadora, que talvez ajude a explicar por que alguns internados se tornam mentalmente confusos, é obtida em nome da grande tradição da relação de serviço especializado, principalmente em sua versão médica. Os doentes mentais podem ser esmagados pelo peso de um ideal de serviço que torna a vida mais fácil para todos nós. Goffman (2013, p. 312)

A Lei nº 12.403/2011 alterou o Código de Processo Penal brasileiro, estabelecendo uma série de medidas cautelares diversas da prisão. Entre elas, a internação provisória, que visa tratar de réus com transtornos mentais, garantindo sua custódia e tratamento enquanto aguardam julgamento.

O Capítulo V, do Título IX, do Livro I, passou a ser intitulado “Das Outras Medidas Cautelares, ali estão elencadas medidas cautelares diversas da prisão preventiva e da prisão domiciliar, de maneira que o artigo 319, do Código de Processo Penal, passou a figurar da maneira seguinte:

Art. 319. São medidas cautelares diversas da prisão:

I - comparecimento periódico em juízo, no prazo e nas condições fixadas pelo juiz, para informar e justificar atividades;

II - proibição de acesso ou frequência a determinados lugares quando, por circunstâncias relacionadas ao fato, deva o indiciado ou acusado permanecer distante desses locais para evitar o risco de novas infrações;

III - proibição de manter contato com pessoa determinada quando, por circunstâncias relacionadas ao fato, deva o indiciado ou acusado dela permanecer distante

IV - proibição de ausentar-se da Comarca quando a permanência seja conveniente ou necessária para a investigação ou instrução;

V - recolhimento domiciliar no período noturno e nos dias de folga quando o investigado ou acusado tenha residência e trabalho fixos;

VI - suspensão do exercício de função pública ou de atividade de natureza econômica ou financeira quando houver justo receio de sua utilização para a prática de infrações penais;

**VII - internação provisória do acusado nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem ser inimputável ou semi-imputável (art. 26 do Código Penal) e houver risco de reiteração;**

VIII - fiança, nas infrações que a admitem, para assegurar o comparecimento a atos do processo, evitar a obstrução do seu andamento ou em caso de resistência injustificada à ordem judicial;

IX - monitoração eletrônica. (Brasil, [2024b], grifo nosso)

É importante destacar que o dispositivo legal, ora em comento, versa sobre medidas alternativas à prisão, que, para serem aplicadas, devem estar presentes, e comprovados, os fundamentos e requisitos da prisão preventiva. Lopes Júnior (2021, p. 729) destaca que a medida alternativa deverá ser utilizada quando cabível a prisão preventiva, mas, em razão da proporcionalidade, houver outra restrição menos onerosa, que sirva para tutelar aquela situação.

Infere-se, portanto, que, assim como a prisão preventiva, deve ser utilizada, apenas excepcionalmente, em respeito ao direito constitucional à liberdade do ser humano.

Lopes Júnior (2022) acrescenta que por serem medidas substitutivas, devem estar configurados o *fumus commissi delicti*<sup>19</sup> e o *periculum libertatis*<sup>20</sup>, sem os quais não poderão ser aplicadas. Prossegue, dizendo que

Inclusive, se durante uma prisão preventiva desaparecer completamente o requisito e ou fundamento, deve o agente ser libertado sem a imposição de qualquer medida alternativa. Em tese, se alguém foi preso, por exemplo, para tutela da prova viva uma vez que essa foi colhida deverá o juiz conceder a Liberdade plena pois desapareceu o fundamento da prisão preventiva. (Lopes Júnior, 2022, p. 729)

Dentre as mudanças ocorridas no Capítulo já mencionado, o inciso VII trata sobre a internação provisória, que, no dizer de Lopes Júnior (2021), trata-se de inovação sem similar no modelo atual.

Contudo, A internação compulsória já existia no ordenamento jurídico brasileiro antes de ser incorporada ao rol das medidas cautelares no Código de Processo Penal, por meio do art. 319, VII. A Lei n.º 10.216/2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica) disciplinava, de forma bastante restrita, a possibilidade de internação involuntária ou compulsória, sempre voltada ao cuidado do paciente e alicerçada no entendimento de que o tratamento psiquiátrico deve ter um caráter mais libertador do que punitivo.

Ao inserir a internação compulsória no rol de medidas cautelares do CPP, entretanto, o legislador criou uma ferramenta que, na prática, reforça o poder punitivo do Estado, em detrimento das garantias da pessoa com transtorno mental. Sob essa ótica, a

---

<sup>19</sup> De acordo com Lopes Júnior (2021, p. 700), *fumus commissi delicti* é o requisito da prisão preventiva, exigindo-se para sua decretação que existam prova da existência do crime e indícios suficientes de autoria.

<sup>20</sup> Conforme Lopes Júnior (2021, p. 700), *periculum libertatis* é o perigo que decorre do estado de Liberdade do sujeito passivo, previsto no CPP como o risco para a ordem pública ordem econômica conveniência da instrução criminal ou para assegurar a aplicação da lei penal.

medida cautelar denominada “internação provisória” pode ser vista como um retrocesso, pois acaba por vincular a ideia de tratamento psiquiátrico à lógica da periculosidade e da repressão criminal, em vez de manter o foco na perspectiva de cuidado exigida pela Lei 10.216/2001. Essa lei, historicamente, representa o compromisso de desinstitucionalizar e assegurar cuidado em liberdade, priorizando a atenção psicossocial.

A inclusão da internação provisória no CPP potencializa a criação de uma “medida de segurança cautelar”, legitimada pelo argumento do “risco de reiteração” de atos criminosos – critério que muitas vezes se baseia em avaliações subjetivas e conceitos de periculosidade. Ao associar o transtorno mental a essa noção de perigo em abstrato, a legislação contraria o paradigma antimanicomial e o espírito da Lei 10.216, que valoriza a singularidade das demandas de saúde e a possibilidade de tratamento em hospitais gerais ou em serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Esse novo dispositivo, além de submeter a pessoa com transtorno mental a uma lógica de contenção, pode, na prática, ensejar violação de preceitos constitucionais, como o princípio da dignidade da pessoa humana, a presunção de inocência e o dever de proporcionalidade. Subordinando o indivíduo ao juízo penal, a medida transfere para a seara punitiva o que deveria ser prioritariamente uma questão de saúde, fragilizando direitos fundamentais e alimentando uma abordagem de controle social que perpetua estigmas e reforça uma lógica manicomial.

Diante disso, embora a internação compulsória não seja propriamente uma novidade em termos legais, sua positivação como medida cautelar de natureza criminal representa uma guinada regressiva em relação ao arcabouço da reforma psiquiátrica brasileira. Ao enfatizar o aspecto punitivo em detrimento do caráter terapêutico, o art. 319, VII do CPP distancia-se do compromisso de garantia de direitos e da atenção humanizada, delineados pela Lei 10.216/2001 e por tratados internacionais de direitos humanos, resultando em um cenário de potencial violação dos direitos das pessoas com transtorno mental.

Assim, à aplicação da medida cautelar de internação provisória devem ser cumpridos os requisitos previstos no inciso VII, além da presença dos fundamentos da prisão preventiva. Logo, será possível a sua aplicação quando da ocorrência de crime praticado com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluem que o acusado é inimputável ou semi-imputável, e quando houver risco de reiteração da conduta criminosa.

Para melhor esclarecer as terminologias, o artigo 26 do Código Penal diz que:

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Brasil, [2024a], sem paginação).

A imputabilidade, assim, é a capacidade do agente de entender o caráter ilícito de sua conduta e de determinar-se de acordo com esse entendimento. A pessoa imputável tem plena consciência e controle de suas ações e pode ser responsabilizada penalmente por elas. Em contrapartida, se o indivíduo for considerado inimputável (por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto/retardado), ele pode ser isento de pena ou sujeito a medidas de segurança, dependendo do caso.

Dito isso, e dando continuidade ao pensamento anterior, para Lopes Júnior (2021) os requisitos, à decretação da internação cautelar provisória, são cumulativos e não alternativos. Os problemas desta medida são de diferentes ordens, a começar pela ausência de limitação de sua duração (mesmo erro existente na prisão preventiva), o que pode gerar abusos.

O autor destaca dois pontos relevantes que são a exigência da presença de todos os requisitos, quando da aplicação, bem como sobre a temporalidade da medida. O primeiro requisito legal, a ser analisado, é que o delito praticado tenha ocorrido com a utilização de violência ou grave ameaça, não sendo estes verificados, não é possível a aplicação da medida, sob pena de se refletir em ato ilegal.

De bom tom asseverar que essa violência ou grave ameaça devem ser dirigidos contra pessoas e não contra coisas, de maneira que um ato violento contra um veículo, por exemplo, independentemente do valor deste, não pode justificar a medida privativa de liberdade, ora em estudo.

A outra condição imposta a conferir legalidade à aplicação da medida é a indicação anterior, através de perícia, de ser o autor do delito, inimputável ou semi-imputável. Esta perícia, portanto, deve ser anterior à decisão que decretará a medida cautelar de internação. Acerca da perícia, Lopes Júnior (2021, p. 736) afirma:

O segundo inconveniente decorre desta perícia para demonstrar a inimputabilidade ou semi imputabilidade pelos riscos inerentes as avaliações psicológicas e, ou mais grave, ao caráter retroativo com que é feita. Ou seja, os peritos giram, hoje, se, ao tempo da ação ou omissão, o agente era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Não é aferir isso no estado psíquico atual, mas no passado, quando da prática do crime, o que constitui um imenso espaço impróprio para a subjetividade do avaliador e, portanto, um grave risco.

Outro requisito para aplicação da medida cautelar de internação provisória é o risco de reiteração criminosa; mera ficção, haja vista a impossibilidade de se prever o futuro. Conforme Lopes Júnior (2021, p. 737):

[...] o dispositivo recorre à perigosa futurologia do “risco de reiteração”, completamente subjetiva e impossível de ser aferida. Em última análise, a nosso juízo, pode representar um grave retrocesso essa internação provisória do inimputável ou semi-imputável, pois significa a aplicação de *medida de segurança cautelar* fundada na periculosidade do agente.

O princípio da periculosidade tem sido amplamente debatido, no âmbito do direito penal, suscitando importantes questões acerca de sua compatibilidade com a Constituição Federal de 1988. Jacobina (2008, p. 131) alerta:

Ora, como em tese qualquer pessoa viva tem a potência, a capacidade e a aptidão ou idoneidade para converter-se em causa de ações danosas, não faltaram autores para apontar a imprecisão de tal conceito, tendo o direito penal brasileiro adotado o princípio da presunção de periculosidade para o inimputável que praticar fato típico e antijurídico.

Frequentemente invocado, o princípio da periculosidade é utilizado para justificar medidas mais rigorosas e penas mais severas, para indivíduos considerados perigosos para a sociedade. Em sua essência, a periculosidade está associada à ideia de que determinados indivíduos apresentam um risco maior de cometer crimes no futuro e, portanto, devem ser tratados de maneira mais rigorosa.

Prado (2018, p. 23) critica o uso acrítico do conceito de “periculosidade”, que, segundo ela, “funciona como um axioma, uma verdade incontestada, sem a devida sustentação empírica ou científica”. Assevera a autora que o conceito é utilizado como uma ferramenta de controle social, em que “o direito penal se apropria de avaliações subjetivas para justificar medidas preventivas”, muitas vezes arbitrárias e baseadas em preconceitos sociais.

O conceito de periculosidade, de acordo com Prado (2018, p. 32) se infiltra em várias práticas penais, como a “internação compulsória de indivíduos semi-imputáveis ou inimputáveis”, e que a dogmática penal, em vez de questionar criticamente essa abordagem, “adotou uma postura condescendente” em relação ao conceito. Essa aceitação, segundo a autora, perpetua um sistema penal que “reforça estereótipos e seletividade” ao atingir desproporcionalmente populações vulneráveis, como os marginalizados e estigmatizados.

Além disso, Prado (2018, p. 60) observa que “a aplicação indiscriminada da periculosidade coloca em risco garantias constitucionais”, visto que ela é frequentemente

utilizada para justificar violações de direitos fundamentais. Essa prática, ainda segundo Prado, contribui para a manutenção de uma “ordem social desigual”, em que o sistema penal é usado para consolidar o controle sobre determinados grupos. Diante disso, ela destaca a necessidade de a dogmática penal “adotar uma postura crítica e científica”, que se baseie em evidências empíricas, para afastar-se desse conceito que “promove injustiças e desigualdades” dentro do sistema de justiça.

A inconstitucionalidade desse princípio pode ser analisada à luz dos princípios fundamentais do Estado de Direito, da presunção de inocência, do devido processo legal e da individualização da pena. Argumenta-se que o tratamento diferenciado com base na periculosidade viola esses princípios e a garantia dos direitos fundamentais dos indivíduos.

O tratamento baseado na periculosidade tende a ignorar a individualização da pena, tratando todos os indivíduos considerados perigosos de maneira uniforme, sem considerar as circunstâncias específicas de cada caso. Isso é incompatível com o princípio da individualização da pena consagrado na Constituição de 1988.

O princípio da individualização da pena, garantido pela Constituição Federal no artigo 5º, inciso XLVI, e reforçado pela Lei de Execução Penal (LEP), é um dos pilares fundamentais para a aplicação justa e adequada das sanções penais no Brasil. Esse princípio visa assegurar que a pena aplicada a um condenado seja proporcional e compatível com as peculiaridades do caso concreto, respeitando as características pessoais do agente e as circunstâncias do crime cometido.

A individualização da pena se manifesta, portanto, em três momentos distintos: a fase legislativa, a fase judicial e a fase executória. Na fase legislativa, o próprio legislador estabelece limites mínimos e máximos para as penas cominadas a cada tipo penal, criando um marco legal que serve de orientação para o sistema de justiça penal. Na fase judicial, o juiz, ao aplicar a pena, tem a responsabilidade de ajustar a sanção às circunstâncias do caso específico, utilizando critérios como a culpabilidade do agente, seus antecedentes, sua conduta social, e outros fatores previstos no artigo 59 do Código Penal. Finalmente, durante a execução da pena, ocorre a terceira etapa da individualização, na qual o cumprimento da sanção é adaptado às condições de ressocialização do condenado, observando o comportamento do apenado e possibilitando benefícios como a progressão de regime, remição por estudo ou trabalho, entre outros direitos previstos na LEP.

Nesse contexto, compreende-se uma leitura diferenciada da individualização da pena, enxergando-a, não apenas como um mecanismo de punição individualizada, mas como uma ferramenta de controle social utilizada pelo Estado em contextos de desigualdade estrutural.

Sob essa perspectiva, a individualização pode ser percebida como um processo que, apesar de formalmente promover a justiça, na prática muitas vezes reforça a seletividade penal, atingindo de maneira desproporcional as classes menos favorecidas, em especial minorias étnicas e sociais. O sistema penal, assim, opera em um campo de contradições, onde a individualização da pena muitas vezes esbarra nas práticas de estigmatização e criminalização das camadas vulneráveis da população.

Sugere-se, portanto, a utilização de ferramentas como a interdisciplinaridade, com vistas a fundamentar, de maneira mais completa, a individualização da pena. Ao integrar perspectivas de diversas áreas, como a criminologia, sociologia, psicologia e direito, é possível construir uma análise mais profunda sobre o comportamento do indivíduo e as circunstâncias que envolvem o crime. Isso permite que a pena seja adequada não apenas à gravidade do delito, mas também às necessidades individuais do condenado e ao contexto social em que ele está inserido.

Questiona-se se a individualização, tal como concebida e aplicada no sistema penal brasileiro, realmente cumpre seu papel ressocializador ou se perpetua uma lógica de marginalização. A partir dessa análise, percebe-se que, embora a Constituição e a Lei de Execução Penal pretendam promover a ressocialização do condenado, o sistema prisional, na prática, continua a funcionar como um espaço de exclusão social. Sob essa ótica, a função ressocializadora da pena é amplamente criticada, pois o encarceramento em massa, a superlotação das prisões e a falta de políticas adequadas de reintegração dificultam qualquer progresso nesse sentido.

A individualização da pena, portanto, embora tenha uma base jurídica sólida e uma função teórica importante dentro do Estado democrático de direito, precisa ser constantemente reavaliada. É necessário refletir sobre como esse princípio é operacionalizado no cotidiano do sistema penal e sobre seus impactos na população carcerária, que, muitas vezes, sofre com a seletividade do direito penal e a ausência de políticas de inclusão e ressocialização efetivas. O desafio maior reside em equilibrar a necessidade de punição e controle social com o respeito à dignidade humana e a possibilidade real de reintegração daqueles que cumprem suas penas, sem cair na armadilha de um sistema que perpetua a exclusão social e a violência institucional.

Concluindo a discussão acerca da inconstitucionalidade do princípio da periculosidade, denota-se tratar-se de tema complexo que exige reflexão, pois, embora a proteção da sociedade seja uma preocupação legítima, é fundamental encontrar meios de alcançar esse objetivo, sem comprometer os princípios constitucionais e os direitos fundamentais dos indivíduos.

Tal discussão demonstra ser fundamental que o sistema de justiça penal repense a aplicação desse princípio e busque alternativas que garantam um tratamento justo e respeitoso, em conformidade com a Constituição. A preservação dos princípios fundamentais do Estado de Direito é essencial para uma sociedade justa e equitativa.

De relevo acrescer que a medida cautelar de internação provisória deve ser analisada sob o contexto da Lei nº 10.216/2001 (Lei Antimanicomial), que proíbe a internação em unidades asilares e determina que essa ocorra em leitos de hospitais gerais.

Isso porque, apesar de o inciso VII do artigo 319 do CPP não indicar qual o local em que deverá ocorrer a internação provisória, esta não pode acontecer em unidade prisional, posto que tem por objetivo o tratamento do paciente, para que saia do estado crítico e, quando da estabilização, possa enfrentar dignamente a situação da qual estiver sendo acusado.

Nessa esteira, asseveram Carvalho e Weigert (2012/2013, p. 297),

No entanto, além das conquistas já alcançadas as lições as demais Correntes críticas dos procedimentos de institucionalização totalitária, entendemos que a lei de reforma psiquiátrica da forma como está redigida possibilita dupla quebra de paradigma. Se a primeira ruptura paradigmática foi tratar o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos, definindo estratégias que garantam paridade de tratamento no processo penal de conhecimento e criando ferramentas que otimizem formas não institucionais no processo de execução das medidas de segurança, a segunda e mais radical alteração paradigmática é a da retirada integral do usuário do sistema de saúde mental em conflito com a lei do sistema penal.

Como dito, um marco na reforma psiquiátrica brasileira, a Lei 10.216/2001 redirecionou o modelo de tratamento de pessoas com transtornos mentais, de maneira que a internação de pacientes psiquiátricos, em conflito com a Lei ou não, portanto, deve seguir essas diretrizes, muito embora, ainda ocorre em unidades que funcionam como prisões, violando diretamente os princípios da Lei nº 10.216/2001, como identificado no estado da Bahia, mais precisamente no HCTP da Bahia.

A legislação determina que a internação deve ser uma medida excepcional e aplicada, apenas, quando não houver alternativas menos invasivas, como o tratamento

ambulatorial. Ao contrário disso, o que se observa em muitos casos de internação provisória é o confinamento do réu em unidades de custódia, com estrutura e regime semelhantes aos presídios, o que contraria a norma legal e a dignidade da pessoa.

Como dito, os hospitais de custódia, apesar de nominalmente voltados para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, funcionam como instituições totais, onde o objetivo terapêutico é ofuscado pelo caráter punitivo e de confinamento. Nesse contexto, o réu passa por um processo de “mortificação do self”<sup>21</sup>, perdendo sua identidade e autonomia ao ser etiquetado como “louco” e “criminoso”.

Para Goffman (2014), essas instituições totais promovem um processo de despersonalização e desumanização, o que agrava o estigma social e dificulta a reintegração do indivíduo após a internação. No caso da internação provisória em hospitais de custódia, o estigma da doença mental é exacerbado pela etiqueta de periculosidade, criando uma barreira ainda maior para a recuperação e reintegração social.

Bem se adequa, nesse contexto, o conceito de biopolítica, desenvolvido por Michel Foucault, que descreve o controle do Estado sobre a vida e a saúde das populações, incluindo a gestão de corpos e mentes através de instituições disciplinares como prisões e hospitais psiquiátricos (Foucault, 2008). A internação provisória, assim, quando realizada em hospitais de custódia, com características de confinamento, exemplifica esse controle biopolítico, pois o Estado decide sobre a vida, a liberdade e o tratamento dos indivíduos internados.

Nesse âmbito, os hospitais de custódia atuam como dispositivos desse poder disciplinar, não apenas tratando os transtornos mentais, mas também controlando e corrigindo o comportamento desviante (Foucault, 2010). Essa lógica punitiva prevalece, em detrimento do tratamento humanizado proposto pela Lei nº 10.216/2001, reforçando a exclusão social dos indivíduos internados.

Concretizar os direitos das pessoas com transtorno mental é, assim, ou pelo menos deveria ser, prioridade na execução das políticas sociais voltadas para a atenção e cuidado deste público. Como forma de efetivar o cumprimento da Lei 10.216/2001, o Conselho Nacional de Justiça, publicou em fevereiro de 2023 a Resolução 487, com vistas

---

<sup>21</sup> A expressão “mortificação do self” foi introduzida por Erving Goffman em sua obra “Manicômios, Prisões e Conventos” (2014). Refere-se ao processo de despersonalização que ocorre em instituições totais, como prisões ou hospitais psiquiátricos. Nessas instituições, os indivíduos perdem sua identidade pessoal e autonomia, sendo obrigados a se conformar a regras rígidas e uniformes. Esse processo envolve a supressão da individualidade e a imposição de uma nova identidade subordinada às normas da instituição, causando uma transformação negativa na percepção de si mesmo.”

a fomentar a política antimanicomial e a interdição de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em todo o país, é sobre esta Resolução que tratará o próximo tópico deste trabalho.

#### 4.1 A RESOLUÇÃO 487 DE 2023 DO CNJ – TENTATIVA DE REORDENAMENTO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

A abolição total dos métodos agressivos e do regime carcerário, e a mudança de atitude face ao indivíduo, que deixará de ser o paciente para adquirir a condição de pessoa, com direito a ser respeitada. (Silveira, 1992, p. 14)

Em fevereiro de 2023, o Conselho Nacional de Justiça publicou a Resolução 487 que, fundada em vasto arcabouço normativo, inclusive de ordem supraconstitucional, visa assegurar direitos das pessoas com transtorno mental, acusadas da prática de delitos, seja no curso da investigação criminal, ou do processo judicial. Assim, em seu artigo 1.º, disciplina como finalidade:

Art. 1º Instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réis ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto, e conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população. (CNJ, 2023, sem paginação)

Da leitura desse dispositivo, vislumbra-se amplo espectro protetivo extensivo a público significativo, não se limitando àqueles que se encontram internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Ao revés, busca assegurar direitos para todos aqueles que possuam transtorno mental, que, de alguma forma, estejam sendo investigadas, ou que já respondem a processo criminal. Abrange diversas perspectivas de situações processuais, incluindo o monitoramento eletrônico e até mesmo medidas em meio aberto.

De forma didática, e até mesmo por ter sido construída por um grupo de trabalho interinstitucional, a resolução, no seu artigo segundo, traz conceitos para viabilizar a sua melhor compreensão. Faz ali constar conceitos como pessoa com transtorno mental, rede de atenção psicossocial, equipe de avaliação e acompanhamento das medidas

terapêuticas, aplicáveis a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, equipe conectora, equipe multidisciplinar qualificada, dentre outros.

Isso se justifica pela necessidade de maiores esclarecimentos ao seu público-alvo primordial, o próprio poder judiciário, que não domina estas terminologias, nem o funcionamento das políticas públicas de saúde mental, haja vista tratar-se de conhecimento específico de outras áreas do conhecimento.

Adentrando o rito processual, o artigo quarto já traz apontamentos sobre os encaminhamentos a serem adotados quando da audiência de custódia, momento em que o acusado é apresentado ao juízo competente. Nesse momento, releva a apreciação da condição de saúde do custodiado, em sendo o caso de pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial, para que seja possível ajustar o tratamento que lhe será dado.

Releva, nesse dispositivo, que ele faz menção à equipe multidisciplinar qualificada, aquela que identificará a existência de indícios de que a pessoa apresentada possua algum transtorno mental. Tal equipe, portanto, se faz imprescindível ao início de todo o processamento no atendimento a ser dispensado ao acusado. Contudo, o estado da Bahia não dispõe dessa equipe em quaisquer das suas comarcas, sendo este, de pronto, talvez o primeiro obstáculo a ser transposto para o cumprimento das determinações da Resolução.

No mesmo dispositivo, percebe-se curiosa previsão conferida à autoridade judicial, a quem caberá decidir acerca do encaminhamento, para atendimento voluntário, do paciente/acusado<sup>22</sup> na rede de atenção psicossocial. Atendimento este que se volta a proteção social deste mesmo paciente/acusado. A terminologia utilizada “curiosa” deve-se à inovação da resolução, ao admitir que o atendimento apenas acontecerá se for da vontade do paciente/acusado, não sendo, portanto, à vontade do(da) magistrado(da) que irá definir se este atendimento ocorrerá ou não.

Já o artigo quinto, e seguintes, versam sobre as ações a serem adotadas quando o paciente/acusado, apresentado para audiência de custódia, estiver, de acordo com o entendimento da equipe multidisciplinar, em situação de crise em saúde mental, sem

---

<sup>22</sup> O termo será utilizado para tratar sobre todos aqueles que se enquadram na situação de acusados, na fase investigativa, ou réus, quando já existem processos em curso, e que estejam submetidos ao regime de internação, provisória ou medida de segurança, no HCTP.

condições de participar de tal ato processual, oportunidade em que a equipe qualificada será acionada para tentativa de manejo da crise.

Se as tentativas não forem eficazes, a audiência de custódia não acontecerá, sendo o paciente/acusado encaminhado para atendimento de saúde, através de serviços da rede de atenção psicossocial. Nesse momento, traz prazos relevantes constantes dos incisos I e II do parágrafo segundo, do artigo 5.º, o primeiro de 24 horas para que seja documentado eventual indício de tortura ou maus tratos ao paciente/acusado, e o segundo de 48 horas para:

[...] requisição imediata de informações as secretarias municipal ou estadual de saúde sobre a atual condição da pessoa e indicação de acompanhamento em saúde mais adequado, que poderá compor o PTS (Plano Terapêutico Singular), com descrição de eventual tratamento que esteja em curso, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão judicial. (CNJ, 2023, sem paginação)

Outra inovação ser refere à possibilidade de a audiência de custódia ocorrer no local em que o paciente/acusado estiver recebendo o tratamento, e, não sendo possível a realização, o ato apenas acontecerá quando restabelecida a sua condição de saúde ou de apresentação.

O artigo sétimo trata especificamente a respeito das ações a serem adotadas quando da impossibilidade de relaxamento de prisão, oportunidade em que será necessária a avaliação da necessidade, bem como da adequação de aplicação de medida cautelar, que deverão considerar as condições de saúde do paciente/acusado. Vai além disciplinando não ser possível a imposição de:

I – medida que dificulte o acesso ou a continuidade do melhor tratamento disponível, ou que apresente exigências incompatíveis ou de difícil cumprimento diante do quadro de saúde apresentado;  
e II – medidas concomitantes que se revelem incompatíveis com a rotina de acompanhamento na rede de saúde. (CNJ, 2023, sem paginação)

Vale, nesse momento, esclarecer que esse dispositivo se refere a uma medida cautelar diversa da prisão, prevista no artigo 319 do Código de Processo Penal dentre as quais, pode-se citar, por exemplo o comparecimento periódico em juízo, no prazo e nas condições fixadas pelo juiz, para informar e justificar atividades.

Ora, quando se pretende estabelecer por prioridade a atenção à saúde do paciente/acusado, a imposição dessa medida de comparecimento periódico, em prazos muito curtos, demandaria prejuízo ao tratamento, especialmente se se tratar de pessoa

economicamente vulnerável. Explico, o deslocamento da pessoa de forma regular e consecutiva, tanto para o tratamento de sua saúde mental, quanto para justificar e informar suas atividades ao juízo, poderão comprometer a sua renda, já limitada, de forma que poderá sofrer prejuízos, não apenas financeiros, como também na manutenção do seu tratamento em liberdade, por não conseguir cumprir as determinações judiciais.

Outro ponto digno de observação é o inciso quarto, ainda do artigo 319 do Código de Processo Penal, que prevê a proibição de ausentar-se da comarca, quando a permanência seja conveniente ou necessária para a investigação ou instrução. Levando-se em consideração as limitações significativas da Rede de Atenção Psicossocial do Estado da Bahia, que mais adiante serão tratadas, tal imposição significaria que, o paciente/acusado necessitaria pedir autorização, ao juízo criminal, para fazer o seu tratamento de atenção à saúde mental.

A resolução traz ainda salutar orientação de priorização de medidas excepcionais ao monitoramento eletrônico, sem que tal providência seja utilizada como argumento para obstar o tratamento em liberdade do(a) paciente/acusado(a).

O cuidado e a atenção ficam bastante demonstrados, no parágrafo segundo, do artigo quinto, quando determina que se leve em consideração a condição de vulnerabilidade social do(a) paciente/acusado(a), de forma a garantir a proporcionalidade da medida adotada com a “realidade social e o referenciamento aos serviços especializados da rede de proteção social” (CNJ, 2023, sem paginação). Vê-se que esse dispositivo é muito bem construído, e denota a necessidade de proteção para as populações mais vulnerabilizadas da sociedade brasileira, e a relevância de tratamento diferenciado a este público, em face de todas as mazelas por ele vivenciadas.

Encerrando a sessão, o artigo oitavo prevê que, nos casos em que seja concedida a prisão domiciliar ao(à) paciente/custodiado(a), será a ele(a) garantida a possibilidade de tratamento na rede de atenção psicossocial, não lhe podendo ser vedado o acesso a atividades que reforcem a sua autonomia pessoal, como o acesso ao trabalho e à educação. Isto porque, tratando precisamente sobre a prisão domiciliar, não pode haver a saída do(a) preso(a) de sua residência, sem que haja autorização judicial. Tal medida, obsta que o(a) sujeito(a) submetido(a) a esta modalidade de prisão, deixe de ter acesso ao trabalho e demais atividades sociais, o que não poderá ocorrer em se tratando de paciente/acusado(a) que tenha transtorno mental. Sobre a prisão domiciliar, veja-se o artigo 317 do Código de Processo Penal: “Art. 317. A prisão domiciliar consiste no recolhimento do indiciado ou

acusado em sua residência, só podendo dela ausentar-se com autorização judicial.” (Brasil, [2024a], sem paginação).

A seção II da Resolução trata a respeito das diligências a serem adotadas, quando as pessoas com transtorno mental forem diagnosticadas, ou entrarem em crise, no curso de prisão preventiva ou outra medida cautelar, ou seja, após a audiência de custódia. Nesses casos, determina-se que a autoridade judicial reavalie a necessidade da manutenção da custódia, quando estiver preso(a), ou da vigência da medida cautelar em curso, em face da relevância da priorização da atenção à saúde mental, que será iniciada ou continuada, de acordo com a realidade do(a) paciente/acusado(a).

Por sua vez, o parágrafo único do artigo, em estudo, traz informações relevantes acerca dos encaminhamentos necessários para a rede de atenção psicossocial ou redes de proteção social. Esses encaminhamentos devem ser feitos por Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP); pela equipe conectora e pela equipe multidisciplinar qualificada.

A primeira deve acompanhar o tratamento do(a) paciente/acusado(a) em todas as fases do processo criminal, visando apoiar ações e serviços, para atendimento da pessoa com transtorno mental, que praticou o delito na rede de atenção à saúde e para possibilitar seu acesso à rede de atenção psicossocial. Sobre essa equipe, a EAP, é de responsabilidade do Governo do Estado, prevista na Portaria nº 94 de 2014 do Ministério da Saúde. Atualmente existe uma EAP em atividade na Bahia e atende à todas as demandas estaduais.

A segunda equipe, de que trata o parágrafo único do artigo, a equipe conectora, é vinculada ao Sistema Único de Saúde, e possui finalidade e função similares às da EAP, e, de igual maneira, inexistente no estado da Bahia.

Dito isso, a despeito da relevância do que foi estabelecido nesse dispositivo, nota-se, nesse momento, a sua ineficácia em razão da inexistência das equipes apontadas. Equipes estas indispensáveis à execução do fluxo de atendimento estabelecido na Resolução, que, em verdade, transporta regramentos de portarias interministeriais que tratam sobre a atenção à saúde mental.

Sobre o tema, releva ressaltar que, recentemente, a Bahia, por meio da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, instalou uma equipe de EAP, para atender todo o território baiano, nas demandas que envolverem pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Destaca-se, na análise do artigo 10, da Resolução ora em estudo, a ocorrência de relevante quebra de paradigma, inclusive de ordem processual, de viés garantista, senão veja-se:

Art. 10. A análise sobre a imputabilidade da pessoa, quando necessária, poderá ser qualificada com requisição de informações sobre o atendimento e o tratamento dispensado nos serviços aos quais a pessoa esteja vinculada, respeitado o sigilo de informações pessoais e médicas. Parágrafo único. Considerando que o incidente de insanidade mental que subsidiará a autoridade judicial na decisão sobre a culpabilidade ou não do réu é prova pericial constituída em favor da defesa, não é possível determiná-la compulsoriamente em caso de oposição desta. (CNJ, 2023, sem paginação)

Do caput<sup>23</sup> desse artigo, é possível observar a admissão de outros meios de prova para a avaliação acerca da imputabilidade do paciente/acusado, assim, o exame da responsabilidade legal de uma pessoa, quando requerida, pode ser aprimorada por meio da solicitação de dados sobre o cuidado e o tratamento oferecidos nos serviços aos quais a pessoa está associada.

Digno de destaque, nesse mesmo dispositivo, é o cuidado com a garantia da privacidade do(a) paciente/acusado(a), quando da utilização de informações sobre o seu atendimento, seja na rede de atenção psicossocial, ou naquele em faça seu atendimento, na área privada. A expressão “respeitado o sigilo de informações pessoais e médicas” é uma salvaguarda ética e legal que visa proteger a privacidade das pessoas envolvidas em processos judiciais ou administrativos. Reflete um princípio geral que está presente em diversas leis e normativas relacionadas à proteção de dados pessoais e informações médicas.

No contexto legal, o respeito ao sigilo de informações pessoais e médicas é frequentemente encontrado em legislações de proteção à privacidade, como a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018) e em normas éticas específicas para profissionais da área de saúde.

Mais adiante, o parágrafo único traz novo olhar para o incidente de insanidade mental<sup>24</sup>, regulamentado no Código de Processo Penal Brasileiro, nos artigos 149 a 154.

---

<sup>23</sup> Diz respeito à parte inicial de um dispositivo legal que contenha cláusulas subdivididas em incisos e/ou parágrafos. Esta porção inicial representa o conteúdo principal ou a declaração fundamental do artigo.

<sup>24</sup> O artigo 149 estabelece que a dúvida sobre a sanidade mental do acusado pode ser suscitada a qualquer momento do processo, seja pela defesa, Ministério Público ou juiz. Uma vez suscitado, inicia-se uma instrução para avaliar a saúde mental do acusado. Os artigos subsequentes detalham o procedimento, incluindo a nomeação de peritos, prazos para conclusão do laudo pericial, possibilidade de exame complementar e a audiência para apresentação das alegações finais. É importante destacar que o

Este procedimento visa avaliar a sanidade mental do(a) acusado(a) durante o processo penal. Caso surjam dúvidas sobre a capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de se submeter a uma pena, pode-se suscitar o incidente.

A novidade é o fato de a Resolução admitir a não compulsoriedade do exame do incidente de insanidade mental, podendo a defesa se opor à sua realização. Evidencia o respeito ao princípio constitucional do devido processo legal, que compreende a garantia de que nenhuma prova seja obtida de maneira compulsória, especialmente quando essa prova poderia ser prejudicial ao(à) réu(ré). Consagrado no artigo 5º, inciso LIV, da Constituição Federal, o princípio do devido processo legal estabelece que “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal” (Brasil, [2023], sem paginação).

Nesse contexto, a compulsoriedade na determinação do incidente de insanidade mental, quando oposta pela defesa, seria contrária a esse princípio, visto que implicaria na obtenção forçada de uma prova pericial. Além disso, a garantia constitucional da ampla defesa e do contraditório também está implícita nesse contexto. O artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal estabelece que “aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes” (Brasil, [2023], sem paginação).

Portanto, percebe-se que essa previsão, inserida no parágrafo único do artigo 10, está alinhada com os princípios constitucionais que asseguram o direito ao devido processo legal, à ampla defesa e ao contraditório, ao reconhecer que a prova pericial do incidente de insanidade mental, ainda que seja favorável à defesa, não pode ser determinada compulsoriamente em caso de oposição desta.

Art. 11. Na sentença criminal que imponha medida de segurança, a autoridade judicial determinará a modalidade mais indicada ao tratamento de saúde da pessoa acusada, considerados a avaliação biopsicossocial, outros exames eventualmente realizados na fase instrutória e os cuidados a serem prestados em meio aberto. Parágrafo único. A autoridade judicial levará em conta, nas decisões que envolvam imposição ou alteração do cumprimento de medida de segurança, os pareceres das equipes multiprofissionais que atendem o

---

incidente de insanidade mental não impede a continuidade do processo penal. Se o laudo pericial concluir pela inimputabilidade do acusado, o juiz poderá determinar medidas de segurança, como internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, conforme previsto no artigo 26 do Código Penal. Além disso, durante todo o processo, o respeito ao sigilo das informações pessoais e médicas do acusado é garantido, conforme preconizado pelos princípios éticos e legais, especialmente no que tange ao direito à privacidade e à proteção de dados (CNJ, 2023, sem paginação).

paciente na Raps, da EAP ou outra equipe conectora. (CNJ, 2023, sem paginação)

Sem dúvidas, talvez esse seja o dispositivo mais vanguardista da Resolução 487/2023 e, ainda no campo das especulações, o que mais afrontou a classe médica, e, por que não dizer, aos magistrados. Até então, duas palavras soavam imperiosas neste processo, sendo a do(a) magistrado(a) incontestável. Nesse momento, além de vincular o órgão do poder judiciário às decisões técnicas, ainda fala em avaliação biopsicossocial, pareceres das equipes multiprofissionais, não se limitando mais ao(a) médico(a) psiquiatra.

Estende, portanto, a análise da situação do paciente para todos(as) aqueles(as) que o atendem e o acompanham no trato diário, ao contrário do(a) médico(a), com quem mantém contato mais limitado, nos momentos das consultas, ou exames para a produção de laudos periciais.

Que não se entenda com isso algum tipo de desrespeito à classe médica, apenas uma observação da realidade demonstrada a partir da observação da rotina do HCTP, em que a equipe composta por enfermeiras, técnicas de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais mantém maior vínculo com pacientes/acusados, por estarem com eles diariamente, atendendo suas necessidades e ouvindo suas demandas.

A subseção I, de igual maneira, traz conteúdo inovador, lastreado em compreensões atualizadas a respeito da hierarquia de normas e da não receptividade de alguns preceitos do Código Penal. Este, de 1984, não foi totalmente abraçado pela Constituição Federal de 1988, que, por sua vez, acolheu e fundamentou a Lei 10.216/2001.

Dito isso, a subseção iniciada pelo artigo 12, já contraria o Código Penal ao estabelecer, em consonância com a lei de reforma psiquiátrica, o que segue:

**Art. 12. A medida de tratamento ambulatorial será priorizada em detrimento da medida de internação** e será acompanhada pela autoridade judicial a partir de fluxos estabelecidos entre o Poder Judiciário e a Raps, com o auxílio da equipe multidisciplinar do juízo, evitando-se a imposição do ônus de comprovação do tratamento à pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial. (CNJ, 2023, sem paginação, grifo nosso)

Para melhor compreensão do que foi dito, aponta-se o texto do Código Penal, ao qual se fez menção, seguido dos comentários: “Art. 97 - 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 (Brasil, [2024a], grifo nosso).

A maneira com que o texto foi construído evidencia a priorização da medida de internação, em detrimento da de tratamento ambulatorial, quando o legislador se utilizou da expressão “poderá”. Faculta ao(à) magistrado(a) a determinação do cumprimento da medida de segurança, deliberar a respeito da medida aplicável, desconsiderando as indicações terapêuticas, necessárias ao seu tratamento.

Gomes (2023) alega ser evidente que a Lei 10.216/2001 tem impacto na internação determinada pelo artigo 97 do Código Penal. Após a promulgação do artigo 9º da Lei de Reforma Psiquiátrica, que autoriza a internação compulsória sob a decisão do juiz competente, observa-se que essa disposição se refere à mesma internação mencionada no artigo 97, do Código Penal, conhecida como medida de segurança. Além disso, essa medida também se correlaciona com a medida cautelar descrita no artigo 319, VII, do Código de Processo Penal.

Outro aspecto importante é que o Código Penal determina o tipo da medida aplicável, de acordo com a gravidade do crime praticado e qual a pena a ele adequada, desconsiderando as condições pessoais do paciente/acusado.

Gomes (2023) bem esclarece esta situação ao dizer que o conteúdo da legislação reformadora, a Lei 10.216/2001, entra em conflito com as normas estabelecidas na reforma penal de 1984. Isso ocorre porque os dispositivos dessa legislação defendem uma abordagem em que os elementos fundamentais do conceito de doença mental estão centrados em paradigmas da saúde. Portanto, buscam redirecionar o cerne da discussão para seguir as diretrizes da área de conhecimento científico correspondente, superando assim perspectivas que abordam o tema predominantemente sob o prisma da ciência do Direito Penal.

A revogação tácita desse dispositivo fica mais evidente, ainda, se observado o inciso I, do parágrafo único, do artigo 2.º da Lei 10.216/2001 que reza:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.  
Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:  
I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades. (Brasil, 2001, sem paginação)

O que deve prevalecer, portanto, são as necessidades do paciente/acusado e não o tipo de delito por ele praticado, exatamente se este foi praticado por alguém que não

possuía discernimento no momento da prática. É, portanto, irrelevante a análise do conteúdo do ato praticado pelo(a) paciente/acusado(a), de acordo com a Lei 10.216/2001.

Nesse respeito, Jacobina (2008, p. 110) bem observa que:

São logicamente incompatíveis dispositivos do sistema penal que determinam a *presunção de periculosidade do louco* e o seu tratamento em função do tipo de delito que cometeu (se punido com detenção ou reclusão), baseado em prazos fixos e rígidos, como as normas sanitárias que determinam que o tratamento visará como finalidade permanente à reinserção social do paciente em seu meio e que o internamento só será indicado quando os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes. (Brasil, art. 4º e parágrafos da Lei da Reforma Psiquiátrica)

A experiência demonstra, contudo que esse conteúdo não tem sido observado em muitos casos judiciais, de forma que a medida de internação remanesce sendo utilizada sem levar em conta às determinações da Lei 10.216/2001. Caetano (2019), acerca do tema evidencia esta realidade de desconsideração da legislação protetiva àqueles que possuem transtorno mental, dizendo:

[...] não são poucos, como se vê, os argumentos a denunciar a total incompatibilidade entre as medidas de segurança e a Constituição brasileira. Mesmo assim, com base em disposições inseridas no código penal na primeira metade do século XX a partir de uma base teórica que vem do século XIX, as medidas de segurança continuam a ser impostas em pleno século XXI à revelia dos princípios e garantias que desde 1988 dão fundamento ao Brasil enquanto estado democrático de direito. (Caetano, 2019, p. 92)

O entendimento jurisprudencial adiante demonstra qual a ideia reinante no sistema judiciário, que contraria frontalmente os regramentos da Lei de Reforma Psiquiátrica e da Resolução 487/2023, haja vista tratar-se de julgado datado de 20/10/2023, a saber:

AGRAVO REGIMENTAL NO HABEAS CORPUS. PENAL. HOMICÍDIO QUALIFICADO. APLICAÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA. INIMPUTABILIDADE DO AGENTE. PLEITO DE TRATAMENTO AMBULATORIAL. CONCLUSÃO DAS INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS PELA NECESSIDADE DA INTERNAÇÃO. PERICULOSIDADE DO AGRAVANTE. FUNDAMENTAÇÃO IDÔNEA. EXCESSO DE PRAZO. SUPERVENIÊNCIA DE SENTENÇA DE PRONÚNCIA APÓS O JULGAMENTO DO WRIT ORIGINÁRIO. APLICAÇÃO DO VERBETE SUMULAR N. 21 DO STJ. RECURSO DESPROVIDO.

[...]

3. No caso, a medida de segurança cabível ao caso foi examinada pelas instâncias ordinárias no processo de instrução, que concluíram pela necessidade da internação do Agravante em **hospital de custódia e tratamento psiquiátrico**. E, de fato, a conclusão dos laudos técnicos não vincula o Julgador, que deverá formar sua convicção com base em todos os elementos dos autos. 4. A imposição de medida de

segurança consistente em internação foi motivada de forma satisfatória, considerando a necessidade **da acompanhamento constante, de modo a assegurar tratamento adequado e preservar a sociedade das ações do Agravante, enquanto evidenciada sua periculosidade.** [...] 7 . Agravamento regimental desprovido. (AgRg no HC n. 742.338/PE, relatora Ministra Laurita Vaz, Sexta Turma, julgado em 17/10/2023, DJe de 20/10/2023, grifos nossos).

Desponta, do julgado, acima o desrespeito deliberado ao quanto disciplinado na Resolução 487/2023, fundando a análise do caso em preceitos legais não recepcionados pela Constituição Federal e derogados pela Lei 10.216/2001.

Jacobina (2008, p. 112) sugere que:

Parece que teremos que *repensar* o princípio, atualmente aceito de forma pacífica, de que as medidas de segurança são estabelecidas com base no apenamento do respectivo tipo penal (reclusão corresponde a internamento, detenção corresponde a tratamento ambulatorial). Pela nova sistemática, internamento ou tratamento ambulatorial decorrem de recomendação da equipe interdisciplinar que lida com o paciente e não de determinação judicial ou legal.

Fica claro, portanto, o que já observado anteriormente, que o artigo 97, do Código Penal, não foi recepcionado pela Constituição Federal de 1988, de forma que não mais deveria figurar como cláusula vigente, contudo, permanece assim no site oficial do Governo Federal.

Corroborando esse entendimento o estudioso do tema Jacobina (2008, p. 111) que conclui:

É óbvio que, se considerarmos que o próprio instituto da medida de segurança é *inconstitucional* – como defendemos neste trabalho não há mais discussão sobre o conflito aparente de normas. Caem todas as normas do sistema penal que se aplicam ao louco, que *passa ao ato* e pratica fato tipificado na lei penal, e aplica-se-lhe integralmente a Lei da Reforma Psiquiátrica. Nesse caso, passa a haver uma *lacuna axiológica do direito*<sup>25</sup> pela ausência de responsabilização jurídica a um sujeito no exercício – ainda que peculiar – da própria cidadania. Urge construir o sistema para responsabilizá-lo, mas sem manter o atual, obviamente incoerente.

<sup>25</sup> Tratando do princípio da plenitude hermética do ordenamento jurídico, A. L. Machado Neto trata do axioma, defendido por Carlos Cossio, que determina que “tudo que não está juridicamente proibido está juridicamente facultado”. Após discorrer sobre esse princípio, Machado Neto aponta que isso não impede a existência de lacunas axiológicas no direito. Ele afirma: “A partir dessa verificação, que não é puramente lógica – daí que Cossio a tivesse denominado de axioma ontológico – já não é possível mais falar de lacunas de direito. O que tradicionalmente se vem assim denominando são lacunas axiológicas; mas não lógicas. Na verdade, o que existe e é vivido como uma lacuna é que o modo de vivenciar os valores jurídicos por parte de uma dada comunidade jurídica já superou o modo como atualmente está regulamentada uma situação dada. Mas ela já está regulada de alguma forma. Mesmo que a lei não a mencione sequer, quando será considerada facultada, porque não proibida” (Machado Neto, 1988, p. 152).

Outros dispositivos da Resolução, ainda neste artigo em estudo, merecem a análise, posto que carregam em si conteúdos garantistas, como a impossibilidade de prescrição de novos recursos terapêuticos, a serem adotadas em favor do paciente/acusado, incluído a internação venham a ter caráter punitivo, nem devem converter o tratamento ambulatorial em medida de segurança. No parágrafo 5.º, estabelece-se, diferentemente do Código Penal, que a extinção da medida de segurança pode ocorrer a qualquer tempo, a pedido da defesa ou por indicação da equipe que acompanha o paciente/acusado, sem que haja a imposição de quaisquer condições, inclusive de conclusão do tratamento em saúde mental.

A subseção II, trata a respeito da medida de internação, e, já no artigo 13 fala a respeito da excepcionalidade da decretação desta, seja como medida de segurança, ou como cautelar de internação provisória, o que pode ser observado adiante:

Art. 13. A imposição de medida de segurança de internação ou de internação provisória **ocorrerá em hipóteses absolutamente excepcionais**, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão e quando compreendidas como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito do PTS, enquanto necessárias ao restabelecimento da saúde da pessoa, **desde que prescritas por equipe de saúde da Raps.** (CNJ, 2023, sem paginação, grifos nossos)

Percebe-se, assim que a aplicação de medida de segurança de internação ou internação provisória será reservada para situações extremamente excepcionais, quando outras medidas cautelares, distintas da prisão, não forem aplicáveis ou suficientes. Deve ser considerada como recurso terapêutico temporário, inserido no Plano Terapêutico Singular (PTS), sendo essencial para a restauração da saúde da pessoa. Além disso, a prescrição dessa medida deve ser realizada por uma equipe de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A internação, nos casos mencionados, ocorrerá em leito de saúde mental em um Hospital Geral ou em outra unidade de saúde indicada pelo CAPS da RAPS.

O Poder Judiciário deve agir para garantir que indivíduos com transtornos mentais não sejam encaminhados ou mantidos em unidades prisionais, mesmo que seja em enfermarias. Além disso, é proibida a internação em instituições com características asilares, como os HCTP's, que não oferecem condições para uma assistência integral à saúde ou para o exercício dos direitos previstos no art. 2º da Lei 10.216/2001.

O paciente/acusado, em internação, receberá a alta, logo que a equipe de saúde multidisciplinar considerar a sua desnecessidade como recurso terapêutico. Nesse caso,

após comunicar a alta hospitalar à autoridade judicial, o acompanhamento psicossocial pode continuar em outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial, em meio aberto.

Mais um avanço pode ser notado no parágrafo terceiro, por recomendar ao(à) magistrado(a) a manutenção de interlocução constante com a equipe conectora, de forma a possibilitar a realização de avaliações biopsicossociais periódicas, a cada 30 dias, para avaliação da possibilidade de conversão do modelo de tratamento a ser adotado, ambulatorial, ou, até mesmo, para a extinção da medida.

A seção IV trata a respeito do tratamento/atendimento a ser dispensado aos pacientes/acusados, quando estes já integrarem o sistema prisional, sentenciados em cumprimento da execução da pena e são acometidos por algum transtorno mental. Determina-se que essas pessoas sejam avaliadas sobre os impactos da prisão na demanda de atenção à saúde detectada, para que se dê início ou continue o tratamento em serviços da rede de atenção psicossocial. Tudo isso priorizando-se a saúde do paciente/acusado.

A realidade na Bahia, porém, que se observou, até o fechamento da porta de entrada do HCTP, em 30.01.2024, não foi esta, sendo certo que, nos casos mais graves, os pacientes/acusados eram encaminhados para o HCTP, para avaliação e, em sendo identificado algum transtorno mental, sua pena era convertida em “medida de segurança provisória”. Lado outro, não sendo identificado o transtorno mental, mas o sofrimento psíquico do paciente/acusado, este retornava para a unidade prisional de origem, local em que faria a utilização de medicamentos, psicotrópicos, enquanto perdurasse a sua situação. Tais informações são de conhecimento da autora em razão da sua atividade finalística, na condição de substituta junto à 2.<sup>a</sup> Vara de Execução Penal da Capital, durante quase todo o ano de 2023.

A desinstitucionalização é tratada na seção V, nos artigos 16 a 18. Ali fixou-se o prazo de 6 meses, ou seja, 25/11/2023, para que haja a revisão de todos os processos, para estudo da viabilidade da extinção da medida de segurança, ou a progressão para o tratamento ambulatorial, ou, em sendo o caso, a transferência para equipamento de saúde adequado, qual seja, leito de saúde em hospital geral. O artigo se refere aos casos adiante apresentados:

- I – à execução de medida de segurança que estejam sendo cumpridas em HCTP's, em instituições congêneres ou unidades prisionais;
- II – a pessoas que permaneçam nesses estabelecimentos, apesar da extinção da medida ou da existência de ordem de desinternação condicional;
- e III – a pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial que estejam em prisão processual ou cumprimento de pena em unidades

prisoinais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres. (CNJ, 2023, sem paginação)

Em todos esses casos, portanto, caberá a revisão da situação e das condições pessoais dos pacientes/acusados, de forma a ser-lhes garantido o exercício da liberdade.

O artigo 17 traz outro comando interessante, voltado para a atividade finalística do judiciário, mais precisamente do(a) magistrado (a) que atua na Vara de Execução Penal e Medidas Alternativas (VEPMA), fixando prazo para a determinação de construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), para todos os pacientes ainda internados em HCTP, em instituições congêneres ou unidade prisional, visando a “alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida em meio aberto, a serem apresentadas no processo ou em audiência judicial que conte com a participação de representantes das entidades envolvidas nos PTSs” (CNJ, 2023, sem paginação).

Conforme relato<sup>26</sup> de representantes da equipe psicossocial do HCTP, durante inspeções ocorridas naquela unidade prisional, é comum o abandono de pacientes com transtornos mentais, por parte da família e, até mesmo, a rejeição destes pela comunidade em que cresceram. Em estudo feito pela equipe psicossocial, restou evidenciado que, com o fechamento da unidade prisional HCTP, muitos(as) pacientes não terão para onde ir, de forma que será necessário o trabalho articulado em rede, para garantir a estas pessoas autonomia para viverem condignamente.

Outros prazos foram fixados nessa seção, mais precisamente, no artigo 18, sendo o primeiro que determina a interdição parcial, no prazo de 6 meses, a partir da publicação da Resolução, que ocorreu em fevereiro de 2023, de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências e o segundo que, em até 12 (doze) meses, a partir da entrada em vigor da Resolução, a interdição total e o fechamento dessas instituições.

Sobre a Resolução 487/2023 foi possível observar, logo num primeiro momento, repercussão significativa, havendo mesmo quem dissesse que o CNJ estaria usurpando atribuições do Congresso Nacional ao legislar sobre o tema medida de segurança.

Não se trata, porém, de conteúdo novo tratado pelo Conselho Nacional de Justiça, ao contrário outras resoluções já demandavam a necessidade de o Poder Judiciário

---

<sup>26</sup> Procedimento Idea 003.9.67402/2023- Procedimento Administrativo de acompanhamento de Políticas Públicas, instaurado através de Portaria nº 05/2023, cujo objeto consiste no acompanhamento do cumprimento da Resolução 487/2023 do CNJ que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, em curso na 4.ª Promotoria de Justiça de Execução Criminal de Salvador.

Brasileiro cumprir as normativas da Lei 10.216 de 2001, a exemplo da Resolução 113 de 2010 que disciplina:

Art. 14. A sentença penal absolutória que aplicar medida de segurança será executada nos termos da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, da **Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001**, da lei de organização judiciária local e da presente resolução, devendo compor o processo de execução, além da guia de internação ou de tratamento ambulatorial, as peças indicadas no artigo 1º dessa resolução, no que couber.

*Art. 15 e 16. (omissis).*

Art. 17. O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. (CNJ, 2010, sem paginação, grifo nosso).

Veja-se que o artigo 17 faz expressa menção para a busca da implementação das políticas antimanicomiais, quando da aplicação da medida de segurança. Evidencia que já observava o descumprimento da legislação e conclamou o judiciário a fazê-la cumprir. O advérbio utilizado foi “sempre” o que indica que tal comportamento deveria ser a regra.

Por não alcançar os resultados desejados, mais uma vez, por meio de dispositivos da Resolução 213 de 2015, volta a fazer menção acerca da necessidade de dar cumprimento às disposições sistematizadas na Lei 10.216 de 6/04/2001, inclusive, nos artigos 9.º e 10.º dispõe:

§ 3º O juiz deve buscar garantir às pessoas presas em flagrante delito o **direito à atenção médica e psicossocial eventualmente necessária**, resguardada a natureza voluntária desses serviços, a partir do encaminhamento ao serviço de acompanhamento de alternativas penais, **não sendo cabível a aplicação de medidas cautelares para tratamento ou internação compulsória de pessoas autuadas em flagrante que apresentem quadro de transtorno mental ou de dependência química, em desconformidade com o previsto no art. 4º da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, e no art. 319, inciso VII, do CPP.**

Art. 10. A aplicação da medida cautelar diversa da prisão prevista no art. 319, inciso IX, do Código de Processo Penal, **será excepcional e determinada apenas quando demonstrada a impossibilidade de concessão da liberdade provisória sem cautelar ou de aplicação de outra medida cautelar menos gravosa**, sujeitando-se à **reavaliação periódica** quanto à **necessidade e adequação de sua manutenção**, sendo destinada exclusivamente a pessoas presas em flagrante delito por **crimes dolosos puníveis com pena privativa de liberdade máxima superior a 4 (quatro) anos ou condenadas por outro crime doloso, em sentença transitada em julgado**, ressalvado o disposto no inciso I do caput do art. 64 do Código Penal, bem como **pessoas em cumprimento de medidas protetivas de urgência acusadas por crimes que envolvam violência doméstica** e familiar contra a mulher, criança, adolescente, idoso, enfermo ou pessoa com deficiência, quando não couber outra medida menos gravosa. (CNJ, 2015, sem paginação, grifos nossos).

O texto vem com outra linguagem, mais completa e incisiva, determinando a reavaliação periódica da situação individual, do(a) paciente/acusado(a), quando da aplicação da medida cautelar de internação provisória. Descreve quais os casos expressos em que deverá ser utilizada, traçando um paralelo com a aplicação de tais medidas àqueles considerados “normais”.

Mas isso não foi suficiente, de forma que foi necessária a chegada da Resolução 487/2023, para dizer ao judiciário que não é mais possível violar direitos da população composta por pessoas com transtornos mentais. Que a desculpa das ausências da RAPS não se sustenta mais, não justifica uma série de abusos perpetrados contra estas pessoas, que estão em condições degradantes e desumanas.

Se em ambos os momentos o CNJ determina que cabe ao(à) magistrado(a) cumprir as determinações previstas na Lei de Reforma Psiquiátrica e, em nenhum dos momentos, percebeu-se tamanha indignação, por conta destes dispositivos, o que se observa de diferente, neste momento, é o fato do CNJ determinar prazos, para que se efetive a aplicação da Lei, em todo o território nacional, conforme já abordado.

Eis, portanto, a distinção entre esta e as demais Resoluções do Conselho Nacional de Justiça. Contra nenhuma das demais observou-se tanta resistência, combate, sensacionalismo e proliferação de notícias falsas nas redes sociais como visto no ano de 2023. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo publicou Nota Pública, concitando o CNJ a revogar a Resolução 487/2023, apoiando, caso não tenha o seu requerimento atendido, a imediata suspensão dos efeitos da resolução pelo Congresso Nacional alegando, dentre outras coisas:

1. Que a resolução n.º 4887/2023 foi editada sem qualquer participação ou consulta às entidades médicas especializadas, notadamente as associações de psiquiatria e os conselhos de medicina;
2. As diretrizes açodadamente aprovadas pelo CNJ padecem de vícios éticos jurídicos e técnicos;
3. Insuficiência de leitos psiquiátricos de longa permanência;
4. Falta de estrutura nos equipamentos públicos destinados à prestação de serviços médicos psiquiátricos, para receber os pacientes em medidas de segurança, com a necessária dignidade e qualidade técnica;
5. Atuação do médico responsável pela assistência concomitante com a função de perito, transgredindo o artigo 93 do código de ética médica;

6. Arrolar as funções exercidas por equipes multidisciplinares desconsiderando a atribuição privativa do médico de determinar o diagnóstico apontando a terapêutica cabível, indicar a alta médica nos serviços de atenção à saúde realizar perícia médica e exames médicos legais IA testar as condições de saúde doenças e possíveis sequelas;
7. Falta de estrutura nos hospitais gerais que não possuem condições para que a assistência médica seja propriamente prestada;
8. Alta prematura de pacientes com alta periculosidade a qual é encorajada pelo ato normativo editado pelo CNJ produzindo graves riscos a terceiros e ao paciente.

O Podemos, partido político, ingressou com ação direta de inconstitucionalidade contra a Resolução 487 sob o argumento de que: O CNJ usurpou a competência legislativa dos governos estaduais ao decidir sobre o tema.

O ato normativo impugnado impõe à administração pública de cada ente federativo a instituição de toda uma infraestrutura administrativa para cumprimento da Resolução nº 487/2023-CNJ no Sistema Único de Saúde, externa ao sistema penitenciário, para o tratamento ambulatorial e a internação médica de apenados e internados que sejam pessoas com deficiência. (Maia, 2023, sem paginação)

Ressalta-se que não foi acolhido o pedido de liminar, formulado pelo Podemos e a Resolução permanece vigente.

Conclui-se a análise da Resolução 487/2023 do CNJ como um laivo de esperança para quem se dedica, se preocupa e se ocupa desse público de vulnerabilidade extrema, que são as pessoas com transtorno mental, por impor obrigações ao poder judiciário, mas determinando que haja a articulação para que os equipamentos da RAPS sejam criados, que as equipes conectoras sejam instituídas, onde não existam, e que atendimento, e tratamento, aconteçam, no território de origem. Que todas as pessoas com transtorno mental tenham garantida a atenção à sua saúde e não sejam transformadas em criminosas de alta periculosidade, pelo simples fato de não lhes ser assegurado o direito à saúde integral, definido na Constituição Federal de 1988.

Resta assim a obrigação de análise mais aprofundada sobre as causas de tamanha resistência ao cumprimento desta resolução. Afinal quem perde e quem ganha com isso? Seria item a ser observado na conclusão?

A segunda pergunta é de mais fácil resolução haja vista que o maior beneficiário da Resolução 487 sem dúvidas é o paciente acometido por transtorno mental ou em sofrimento psíquico.

A primeira já não é tão simples de ser respondida podendo mesmo ser dito que meras conjecturas serão trazidas uma vez que análise integral das razões não integra o presente trabalho. Porém, dada a relevância, até mesmo no tratamento dispensado às pessoas acometidas por transtorno mental, é que se sugere o enfrentamento deste questionamento.

## 5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS: CONTENÇÃO DE HUMANAS E HUMANOS NO HCTP DA BAHIA

No Estado da Bahia, as medidas de segurança e as cautelares de internação provisória, em regra, vinham sendo cumpridas no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Bahia (HCTP). Com capacidade para 150 pessoas, em fevereiro de 2023 a unidade operava com uma média de 204 pessoas, conforme pode ser observado do procedimento administrativo IDEA N.º 003.9.246268/2020<sup>27</sup>, de acompanhamento da unidade prisional em referência.

A partir de 30.01.2024, a porta de entrada da unidade prisional foi cerrada, de maneira que não mais é possível o ingresso de novos custodiados.

Apesar da denominação de hospital, o HCTP não integra a rede de saúde do estado da Bahia, sendo gerida pela Secretaria de Administração Penitenciária do Estado da Bahia (SEAP). A unidade possui médicos plantonistas e atendimento ambulatorial, equipe de enfermagem, equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, psicólogos e terapeuta ocupacional. Em sua maioria profissionais contratados, terceirizados, com frágil vínculo empregatício, portanto.

Não obstante, identifica-se a existência de profissionais que ali exercem suas funções há bastante tempo, inicialmente em razão de contratos em Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), e, posteriormente, na condição de terceirizados. Esta situação, de certa maneira, favoreceu o estabelecimento de vínculos com os pacientes ali acautelados, reduzindo, desta maneira, as fragilidades decorrentes da terceirização no serviço público. Salientamos, todavia, que apesar de instigante, este tema não será abordado neste estudo.

Falar sobre vínculos, quando se trata de fragilidade da saúde mental, se mostra relevante, ante as incongruências encontradas no percurso investigatório, por razões diversas, sendo uma delas a territorial. Isto porque o estado da Bahia possui extensão territorial de aproximadamente 564.733 km<sup>2</sup>, sendo o maior estado da região nordeste do Brasil e o quinto maior estado do país em área. A localização da capital, Salvador, não

---

<sup>27</sup> Procedimento administrativo ministerial, IDEA n.º 003.9.246268/2020, trata-se de Procedimento Administrativo de acompanhamento de Instituições, que consta demanda trazida a conhecimento através de inspeção realizada entre dezembro de 2020 a setembro de 2022, no Hospital de Custódia e Tratamento, nas unidades prisionais, pela 4.ª Promotoria de Justiça de Execução Criminal de Salvador, em que foram evidenciadas inconformidades, que deixam vulneráveis não apenas os internos, como também todas as pessoas que ali desempenham suas atividades diárias.

possibilita fácil acesso a todas as regiões do estado, de maneira que, não raro, em razão da distância, a referência de metrópole varia por região, como, por exemplo, Barreiras, cuja referência é Brasília, ou Porto Seguro, cuja referência é Vitória, em razão da distância ser inferior até a capital do estado da Bahia. A razão deste recorte é para dar o real significado do rompimento de laços provocado a partir da internação de pessoas de todo o território da Bahia, no único hospital de custódia, situado em Salvador.

Do estudo, foi possível identificar pacientes de Buerarema, bem como de Luiz Eduardo Magalhães, com 460 km e 990km de distância da capital baiana, respectivamente. Tal distância carrega consigo dificuldades relevantes quanto à manutenção dos vínculos familiares destes pacientes, que, já em frágil condição mental, são deslocados de seus territórios de origem, logo, de suas culturas, hábitos e tradições, além de serem impossibilitados de terem a presença e o acompanhamento de seus familiares, durante a sua estada na unidade prisional, ora em comento.

A atenção à saúde mental se enquadra como política de atenção especial. A legislação aponta como caminho o tratamento comunitário, para que, dentre outras coisas, seja mantida a identidade do(a) paciente. Que lhe seja possível guardar relações e atividades, que dão sentido à sua existência. Assim, o atendimento no território é a terapêutica indicada, que se perfaz não somente por meio do atendimento ambulatorial no CAPS, ou na unidade básica de saúde, nos territórios que não possuem critérios para a implantação de CAPS. Não se trata de ofertar receitas e administrar psicotrópicos, mas enxergar o paciente enquanto sujeito, reconhecer suas peculiaridades e criar um plano de atendimento próprio às suas necessidades.

## 5.1 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS E DOS RESULTADOS

Neste momento, procedeu-se à análise das informações obtidas tanto nas revisões realizadas quanto nos documentos coletados na fase inicial da pesquisa. Para esta etapa, foram seguidos alguns passos fundamentais:

Passo I: Organização completa de todos os dados coletados ao longo da investigação, estruturando-os de maneira clara para facilitar sua interpretação.

Passo II: Interpretação e análise dos conteúdos organizados, com o objetivo de atingir os propósitos da pesquisa. Os dados foram confrontados e comparados, buscando confirmar ou refutar as hipóteses e pressupostos estabelecidos previamente.

Passo III: Avaliação crítica dos conteúdos acessados pela pesquisadora, com especial atenção para o rigor das fontes e a relevância das informações no contexto do objeto de estudo.

Passo IV: Integração das diversas informações obtidas nos passos anteriores, a fim de aumentar a confiabilidade e a robustez dos resultados alcançados por meio da pesquisa.

Vale ressaltar que a experiência da pesquisadora, que atua como promotora de justiça com atribuições na área de execução penal, foi essencial para a análise dos dados. Sua vivência no acompanhamento de casos envolvendo custódia de presos e suas condições de tratamento em unidades hospitalares contribuiu de forma significativa para as interpretações realizadas.

Com base na análise, foi possível comprovar parcialmente as hipóteses formuladas no início da pesquisa. O estudo revelou que a manutenção da custódia de presos em hospitais de custódia e tratamento segue um funcionamento marcado por burocracia, precariedade e fragmentação. A pesquisa indicou que as condições de custódia e tratamento oferecidas não atendem plenamente às exigências legais e práticas de saúde mental e ressocialização. O estudo sugere que a legalidade da manutenção dos presos em tais unidades deveria ser revisada, com o Estado tomando medidas para corrigir as deficiências observadas.

Por outro lado, a investigação também demonstrou que a segunda hipótese foi parcialmente confirmada. Os dados extraídos dos procedimentos administrativos do Ministério Público mostraram que o sistema de custódia hospitalar contribui de forma limitada para a recuperação dos indivíduos custodiados, não sendo eficaz na prevenção da reincidência de crimes, especialmente entre aqueles com transtornos mentais graves. A pesquisa conclui que o Brasil ainda precisa avançar muito na implementação de políticas públicas voltadas à proteção e ao tratamento adequado de pessoas em situação de custódia, garantindo-lhes dignidade e direitos humanos fundamentais. A falta de recursos, de atenção prioritária e de programas específicos para esses indivíduos compromete significativamente suas chances de reintegração à sociedade.

### 5.1.1 PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

Considerando o teor da pesquisa, foram compulsados quatro procedimentos administrativos no âmbito do Ministério Público Estadual, a seguir, ilustrados.

#### 5.1.1.1 Procedimento Administrativo n.º 1

O Procedimento Administrativo n.º 1, baixado no IDEA n.º 003.9.364819/2022 foi instaurado pelo representante do Ministério Público de acompanhamento de Políticas Públicas que cuida do Direito ao acompanhamento das providências quanto aos pacientes do HCT que já cumpriram a medida de segurança e já tiverem a cessação de periculosidade atestada, mas continuam na instituição e das providências quanto aos internos que estão em situação de abandono familiar, também na instituição.

O Ministério Público acompanha o desenvolvimento da política pública que deveria viabilizar o levantamento da situação dos pacientes internados no HCT, qualificação da família e dos pacientes, disponibilidades de tratamento ambulatorial ou internação hospitalar, encaminhamento ao acompanhamento do CAPS, possibilidade e disposição da família no acompanhamento do serviço de residência terapêutica, através do órgão responsável a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, monitoramento do cumprimento da medida de internação, ou se estão em caráter provisório, seja por cautelar de internação ou aguardando a expedição de laudo no intuito de garantir o Direito Fundamental à dignidade da pessoa humana.

O Procedimento dá conta de diversos documentos relativos às realidades sociais dos pacientes do HCT que já cumpriram a medida de segurança e já tiveram a cessação de periculosidade atestada. Todavia, na oportunidade, é comprovado a existência de pacientes desinternados, que ainda permanecem no HCT de Salvador, por falta de acolhimento familiar e social, além da insuficiência de vagas em residência terapêutica, a saber, 22 homens e 4 mulheres

O Procedimento n.º 1 do MPE também apura, através das informações da Secretaria de Administração Penitência e Ressocialização, órgão responsável apenas pela gestão e operacionalização das Unidades Prisionais, as condições de tratamento do paciente, que são analisadas e realizadas pelo médico perito no ato da realização da perícia. Seja ele Exame de Sanidade Mental, realizado no gozo da internação provisória, seja ela na avaliação para o Exame de Cessação da Periculosidade, que são realizados por

solicitação judicial, na grande maioria das vezes, quando cessado o tempo previsto para cumprimento da medida de segurança.

Digno de nota que foi avaliada a relação de todos os pacientes judiciários que se encontram em situação de abandono familiar e dos pacientes que já tiveram a cessação de periculosidade atestada, mas continuam internados na unidade, além da viabilidade da saída destes da unidade, ante a aproximação da interdição total da unidade através de uma reunião com a SEAP, Direção do HCT, Secretária de Saúde do Estado da Bahia e com a equipe psicossocial do HCT no ano de 2024.

O Procedimento está em fase de apuração com possíveis irregularidades identificadas que comprometem os objetivos do objeto que enseja a necessidade de monitoramento e acompanhamento da referida situação da instituição e das pessoas custodiadas.

A identificação e comprovação da pesquisa dos documentos e relatórios que foram analisados estão relacionados nos IDs da juntada de nº 920057 no dia 05.04.2023.

#### **5.1.1.2 Procedimento Administrativo n.º 2**

O aludido Procedimento Administrativo Ministerial, baixado sob o IDEA n.º 003.9.67402/2023, é o Procedimento Administrativo de acompanhamento de Políticas Públicas, instaurado através de Portaria nº 05/2023, cujo objeto consiste no acompanhamento do cumprimento da Resolução 487/2023 do CNJ que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

O Ministério Público, por seu representante, instaurou procedimento para acompanhar o desenvolvimento das ações que estão sendo realizadas por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réus ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto, e conferiu diretrizes para assegurar os direitos dessa população.

O Estado e o Município devem apoiar e acompanhar à pessoa com Transtorno mental de forma ativa, na prática de adoção de medidas dentro da sua esfera de competência, com o objetivo de acolher as pessoas institucionalizadas no HCT ou sistema prisional, com a finalidade de fortalecer a inserção social, e garantir condições de terem

uma vida digna, longe da prática infracional ou criminosa, oferecendo o tratamento necessário, junto com a parceria de seus familiares.

O Procedimento Administrativo n.º 2 do Ministério Público trata do Plano de Ação para regularização das inconformidades apontadas no relatório de inspeção realizado pelo Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde (CESAU), bem como fosse informado quais as ações serão promovidas para a regularização das situações elencadas aos internos com deficiência psicossocial.

A análise do Procedimento Administrativo n.º 2 demonstra que foram requisitadas informações sobre o plano de ação à SEAP e realizada reunião junto com a equipe biopsicossocial do HCTP, a equipe responsável da CESAU e com o Juiz Coordenador do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário do Tribunal de Justiça da Bahia (GMF/TJBA), para mapear os casos dos internos que necessitavam ter a situação processual regularizada.

Cumprir evidenciar que na reunião houve destaque para uma diretriz, de que pessoas privadas de liberdade por suspeita de acometimento de problema mental não deveriam ficar no sistema prisional, mas em uma unidade que tome cuidado com a individualidade e com a saúde mental daquela pessoa.

Importante noticiar que foram verificados e ressaltados, após visitas técnicas, que além da falta de dignidade com as pessoas que estão lá dentro, deve-se pensar também em todo mundo que, de alguma forma, está envolvido com o HCT, principalmente aqueles que trabalham lá dentro e tem passado, também, por esse tipo de constrangimento, em alguns momentos até de humilhação.

A reunião buscou apreciar também a retirada desse cidadão do local onde ele em tese praticou o crime, para tentar agregar uma força de trazê-lo para Salvador, ficando desagregado da família e do ambiente dele, aguardando perícia que normalmente demora muito para acontecer e com dificuldade de retorno para a comarca de origem, que muitas vezes ficam esquecidos por muito tempo com a lentidão de apuração do processo.

O Procedimento está em fase de apuração e com algumas irregularidades identificadas que comprometem a dignidade da pessoa humana. Deferido, assim, uma solicitação de atuação conjunta do Grupo de Atuação Especial de Execução Penal – GAEP, formulada pela 4ª Promotoria de Justiça de Execução Criminal – 1ª Promotora, por meio do Ofício nº 524/2023 – 4ª PJEC-1ºPJ/GAB, referente ao Procedimento Administrativo de Acompanhamento de Políticas Públicas registrado sob IDEA nº 003.9.67402/2023, a apreciação na forma do artigo 5º da Resolução nº 12/2023.

Cumpra evidenciar que o representante do Ministério Público enviou uma recomendação para a correção das irregularidades constatadas e marcação de reunião para deliberação acerca das ações a serem implementadas institucionalmente, conforme o sugerido plano de ação junto ao GAEP.

Importante noticiar que foi colacionado documento que informa como está sendo desenvolvida a atual medida tomada sobre a transferência dos custodiados anexados no ID de nº 21504298 após início do plano de ação conjunta.

### **5.1.1.3 Procedimento Administrativo n.º 3**

O aludido Procedimento Administrativo Ministerial, baixado sob o IDEA n.º 003.9.364831/2022, trata de Procedimento Administrativo de acompanhamento de Instituições, instaurada através de Portaria n.º 050/2022, cujo objeto consiste no acompanhamento do contingente de internos do HCT que cumprem medida cautelar de internação provisória, nos termos do art. 319, VII do CPP e a (in)viabilidade de realização, em tempo hábil, pelo HCT, para todo o Estado da Bahia dos exames de perícia para fins de instrução de incidente de insanidade mental.

Buscou apreciar o desenvolvimento da Política Pública no que diz respeito aos serviços públicos realizados no HCT junto com a apresentação da relação atualizada dos pacientes internados na unidade que estão aguardando a realização de perícia, bem como quantos pacientes persistem em cumprimento de medida cautelar de internação provisória.

Na oportunidade, é de conhecimento público que o Hospital de Custódia e Tratamento está na iminência de encerrar suas atividades, em cumprimento às determinações da Lei nº 10.216/2001 e Resolução 487/2023 CNJ, estava previsto o encerramento para agosto de 2023, além de já haver vedação ao recebimento de novos internados à unidade.

Importante noticiar que dada a dissonância entre as determinações e a realidade fática, a unidade ainda não encerrou as atividades por completo, embora medidas concretas estejam sendo adotadas nesse sentido.

O Ministério Público tem como finalidade promover e colaborar com o cumprimento das determinações da Política Antimanicomial, observada a necessidade de dar conhecimento e, eventualmente, provocar judicialmente, os juízos que determinaram a aplicação de medida cautelar de internação provisória na unidade, a fim de reavaliá-las.

Ademais, urge a necessidade de auxiliar na redução de indivíduos custodiados no local, de acordo com a situação concreta de cada um.

Verificou-se documentação acostada aos autos, referente aos atuais pacientes acolhidos no local, identificando a relação de pacientes que já foram transferidos a unidades adequadas.

Destaca-se o Direito dos internos com insanidade mental: “Art. 99 CP - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”, conforme redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984.

O Ministério Público investigou a necessidade do combate à superlotação decorrente do baixo quantitativo de vagas da unidade, e do limitado número de profissionais na unidade para elaboração de laudos, nos exames de insanidade mental, em vista que a legislação não prevê expressamente a duração da medida cautelar anteriormente referida e que isso acarreta em permanência, por longo período, de internos cumprindo medida cautelar de internação provisória no Hospital de Custódia e Tratamento.

Conforme mencionado anteriormente, o Hospital de Custódia e Tratamento é a única unidade, em todo o Estado da Bahia, destinada ao cumprimento de Medida de Segurança e de internação provisória para a realização do exame previsto no art. 149 do CPP, nos termos do Anexo I, VIII, do Provimento nº 04/2017 do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia constando a relação de internos na unidade.

Nesse ensejo, analisando a documentação acostada aos autos, referente aos atuais pacientes acolhidos no local, identifica-se que na relação consta pacientes que já foram transferidos a unidades adequadas, conforme o caso, a exemplo daqueles cujo laudo já fora elaborado e atestou a imputabilidade do indivíduo, como A.C.S., atualmente na Cadeia Pública, conforme consulta ao Sistema de Administração Penitenciária (SIAPEN)<sup>28</sup>.

É indispensável salientar que os dados colacionados constam de documentos públicos, constantes de procedimentos administrativos investigativos do Ministério Público da Bahia e que dão conta do acompanhamento realizado pelo Hospital de Custódia de Salvador, sem identificação dos atendidos e dos seus familiares.

---

<sup>28</sup> O SIAPEN é uma plataforma utilizada por diversas unidades federativas no Brasil para gerenciar informações relacionadas ao sistema penitenciário.

#### 5.1.1.4 Procedimento Administrativo n.º 4

O aludido Procedimento Administrativo Ministerial, baixado sob o IDEA n.º 003.9.414392/2022, trata de Procedimento Administrativo de acompanhamento de Instituições, instaurada através de Portaria n.º 02/2023, cujo objeto consiste no acompanhamento do Pedido de Providências n.º 2000051-56.2023.8.05.0001 pela falta de viaturas no HCT.

Conforme apelo do Diretor do HCT, evidenciado que no dia 13.09.2022, durante visita ao Hospital de custódia e Tratamento de Salvador, foi verificado que a única viatura da unidade foi deslocada para outro setor ou unidade da SEAP, e objetivando regularizar a prestação de serviço nas unidades prisionais de Salvador, “venho, por este, solicitar que V.Sa Promotora que esclareça com URGÊNCIA, se, o Hospital de Custódia e Tratamento conta com viatura para transporte de internos, atualmente. Caso negativo, que esclareça de que maneira é realizado o transporte de internos, e de que forma a falta da viatura tem impactado na rotina administrativa da unidade, informando ainda os prejuízos para os internos, caso existam”, anexado aos autos.

O Ministério Público investigou a necessidade do objeto, solicitando elaboração de Pedido de Providências junto à Vara das Execuções de Penas e Medidas Alternativas, para esclarecimentos acerca do andamento das medidas adotadas com vistas ao adequado funcionamento da mobilidade dos custodiados do HCT, dando prosseguimento ao feito.

Destaco relato da realidade constatada da inspeção “O panorama é de enorme dificuldade e delonga para conseguir atendimento médico ou exame junto ao SUS, e os internos do HCT, após conseguirem o direito ao atendimento, passam por nova violação, não podendo efetivamente usufruir do serviço agendado, em razão da ausência de viatura no HCT para levá-los até o local do atendimento. A ausência da viatura, assim, torna-se mais um empecilho para o preso, inviabilizando seu acesso à devida Assistência à Saúde”.

A informação supracitada fora registrada no relatório de inspeção mensal da unidade (documento 01), assim como foi autuada uma notícia de fato, expediente extrajudicial regido pela Resolução n.º 174/2017 do CNMP, no âmbito do MPBA, para apreciação da situação, incluindo colheita de informações e verificação do cabimento de eventuais providências a serem tomadas. O expediente segue em anexo e fora autuado no sistema interno do órgão sob o n.º 003.9.414392/2022 (documento 02).

O retorno da documentação acostada aos autos, no ID 10419626 pela Coordenação de Saúde do Sistema Prisional, menciona a Nota Técnica n.º 17/2019, que

trata da atuação dos profissionais de saúde do sistema prisional, esclarecendo que o transporte de pessoas privadas de liberdade para procedimentos eletivos ou qualquer situação que não se enquadre nos parâmetros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), deva ser promovido e coordenado pela Administração Penitenciária, também responsável pela logística de escolta e segurança.

E com finalidade de promover e colaborar com o cumprimento das determinações da Política Antimanicomial, o Ministério Público requereu o Pedido de Providências, que tramita junto à Vara de Execuções de Penas e Medidas Alternativas (VEPMA), sendo autuado no Sistema SEEU em 12/01/2023 pelo cartório da Vara, gerando o processo nº 2000051-56.2023.8.05.0001.

É indispensável salientar que os dados colacionados constam de documentos públicos, constantes de procedimentos administrativos investigativos do Ministério Público da Bahia e que dão conta do acompanhamento realizado pelo Hospital de Custódia de Salvador, sem a identificação dos atendidos e dos seus familiares.

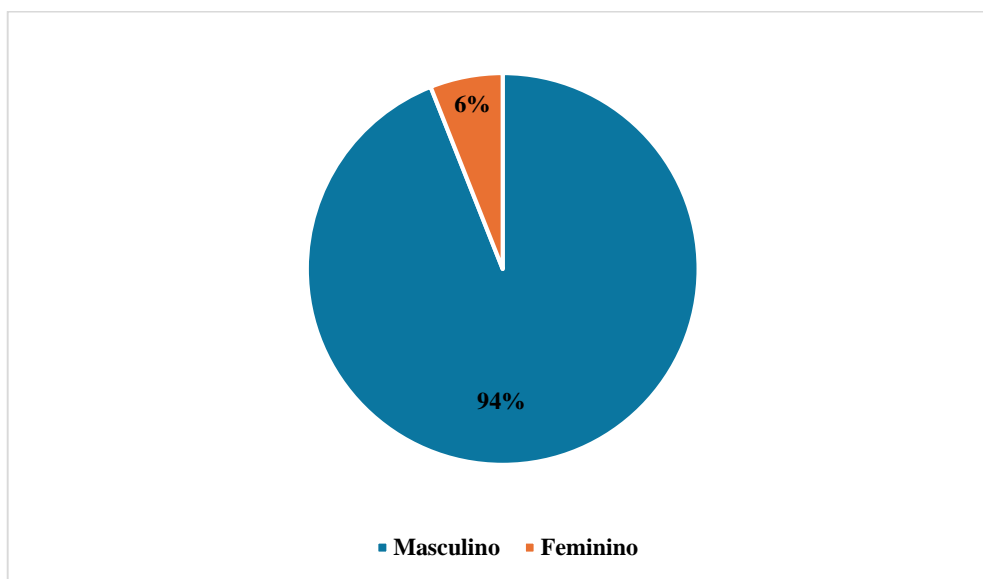
## 6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA DE CAMPO

Neste capítulo serão apresentados e analisados os dados obtidos na pesquisa de campo realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) da Bahia, os quais revelam um cenário de exclusão, seletividade penal e violação de direitos. Sob uma perspectiva crítica, essa análise expõe como os sistemas de saúde mental e de justiça criminal estão articulados para controlar e marginalizar pessoas com transtornos mentais, em especial aquelas pertencentes a grupos sociais historicamente oprimidos.

### 6.1 PERFIL DOS INTERNOS DO HCTP DA BAHIA

Para enveredar pela realidade dos custodiados do HCTP, do mês de fevereiro de 2023, optou-se por, em um primeiro momento, conhecer-lhes o perfil, iniciando-se pela identificação quanto ao gênero, à etnia, à faixa etária, ao território de origem, à escolaridade e ao delito cometido. A escolha do período de análise inicial se deu em razão de ser o mês em que foi publicada a Resolução 487/2023. Os dados levantados apontaram que havia 192 internos.

**Gráfico 1** – Gênero dos internos no HCTP em fevereiro de 2023



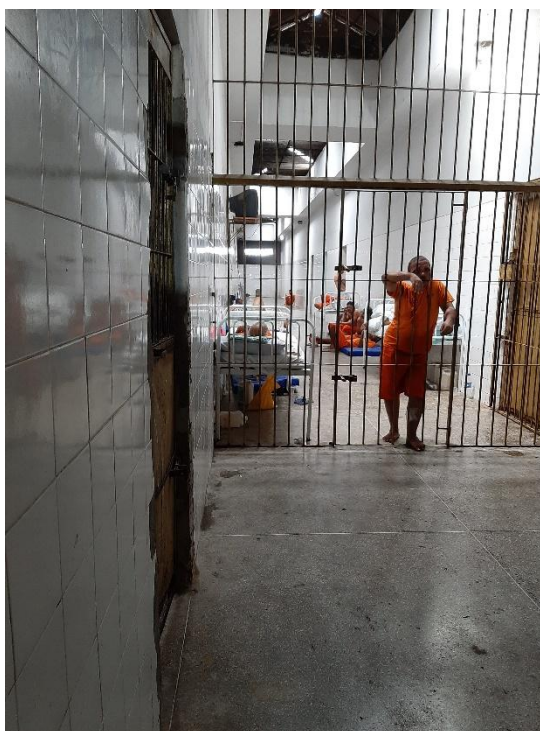
Fonte: Dados de pesquisa (2023).

Observa-se que, dentre as pessoas custodiadas no HCTP, 94%, cerca de 181 pessoas, eram do gênero masculino e 6%, apenas 11 pessoas, eram do gênero feminino. Inclusive, por essa razão, apenas 20, dentre as 150 vagas, que é a capacidade da unidade prisional, eram destinadas a mulheres.

Apesar de relevante, esse dado acompanha a realidade do sistema prisional como um todo, haja vista que, a partir de inspeções regulares nas unidades prisionais de Salvador, que possui, aproximadamente, 3.000 pessoas, tem-se, apenas 80 mulheres encarceradas. Logo, trata-se de dado que confirma a desproporção entre homens e mulheres na prática de atos ilícitos, independentemente de serem, ou não, pessoas com transtorno mental.

Os dados do HCTP indicaram que 94% dos internos eram do gênero masculino, o que reflete um fenômeno de masculinização tanto da criminalização quanto da psiquiatria<sup>29</sup>. Essa predominância masculina não se trata de um fato isolado; ela revela uma tendência das instituições penais e psiquiátricas em reforçar normas de gênero e em estabelecer um controle social focado sobre os corpos masculinos. Homens, especialmente jovens e negros, são frequentemente os alvos dessas práticas punitivas e psiquiátricas. Esse foco reforça a percepção de que esses indivíduos são “ameaças potenciais” à ordem social, uma abordagem que ignora fatores estruturais que contribuem para colocá-los em situações de vulnerabilidade e de conflito com a lei.

**Figura 1** – Ala masculina do HCTP, dezembro de 2022



Fonte: Dados de pesquisa (2022).

---

<sup>29</sup> Psiquiatria como uma estrutura conceitual para compreender os processos pelos quais cada vez mais indivíduos são diagnosticados e tratados como doentes mentais e as práticas psiquiátricas moldam cada vez mais áreas da vida (Logan, 2022).

Ratificamos que essas instituições de confinamento, como manicômios e prisões, têm como característica comum a despersonalização e a desumanização dos indivíduos, tratando-os como uma massa uniforme, apagando suas individualidades. Para os homens internados, esse processo de despersonalização está diretamente vinculado às expectativas culturais e sociais que a sociedade constrói em torno da masculinidade. Homens são frequentemente associados a comportamentos mais agressivos e desvios mais evidentes, o que gera um viés de tratamento nos sistemas psiquiátrico e penal, os quais tendem a perceber o homem como mais suscetível à criminalidade e à violência. Com isso, em vez de investigar as causas sociais desses comportamentos, o sistema escolhe reagir com contenção e isolamento.

A atuação dos sistemas penal e psiquiátrico vai além da correção de comportamentos: busca também conformar corpos e mentes a normas sociais. Esse controle disciplinar é viabilizado por uma série de estratégias institucionais que acabam por moldar a subjetividade e a identidade dos internados. A internação e o encarceramento, portanto, não priorizam a reabilitação ou o cuidado, mas impõem uma lógica de submissão que considera qualquer comportamento “desviante” como uma ameaça à estabilidade social. Nesse sentido, o alto índice de homens internados em instituições como o HCTP evidencia uma tentativa de disciplinar corpos que a sociedade considera “desviantes” e “perigosos”, reforçando normas de gênero que associam a masculinidade ao potencial de violência e transgressão.

A perspectiva crítica permite observar como a seletividade penal e psiquiátrica age no controle desses indivíduos, enquadrando-os como “corpos desviantes” que precisam ser contidos para que a normatividade social se mantenha intacta. Essa lógica sustenta o uso do encarceramento e da internação como respostas institucionais ao desvio, sem que haja uma análise das estruturas sociais que perpetuam a marginalidade e a exclusão. A prática punitiva, assim, opera com maior rigor sobre grupos marginalizados, em especial homens pobres e racializados, criminalizando a masculinidade nesses contextos vulneráveis. Ao fazer isso, o sistema penal se torna um instrumento de controle e contenção social que, ao criminalizar a masculinidade pobre, visa não apenas proteger a sociedade, mas também confinar esses indivíduos a um lugar de marginalização.

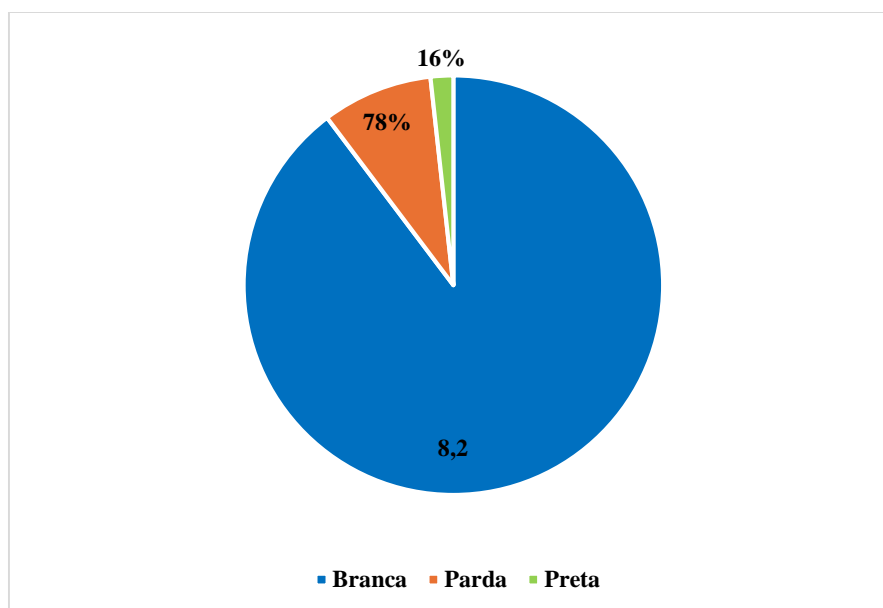
A masculinização da repressão penal e psiquiátrica não se limita ao ato de encarcerar ou internar homens; ela envolve uma série de estigmas e estereótipos que fortalecem a exclusão social desses indivíduos. O sistema penal e psiquiátrico opera sob a premissa de que comportamentos desviantes, especialmente entre os homens, devem ser contidos e disciplinados. Esses homens, na maioria dos casos, vêm de contextos de privação material e de exclusão social, sem acesso a oportunidades educacionais e de trabalho. A resposta institucional

a essas condições não é a criação de alternativas de inserção e integração social, mas sim o recurso ao encarceramento e à internação como forma de controle dos indesejáveis.

Além disso, a masculinização da repressão também reflete a maneira como as instituições psiquiátricas e penais abordam as questões de saúde mental masculina. Em vez de considerar e tratar as particularidades e complexidades da saúde mental entre os homens, essas instituições optam por classificá-los e isolá-los quando apresentam transtornos psiquiátricos. Esse tipo de prática reforça o estigma de que a saúde mental masculina constitui uma ameaça à convivência social, marginalizando ainda mais os homens que necessitam de apoio psicossocial.

Por fim, essa lógica de masculinização da repressão penal e psiquiátrica não se restringe ao Brasil. Em muitos contextos internacionais, observa-se que homens de minorias étnicas e raciais, especialmente negros e latinos, são alvos preferenciais das políticas de criminalização e internação psiquiátrica. Esse fenômeno global associa masculinidade, pobreza e raça a uma suposta propensão maior ao crime e ao desvio, resultando em um tratamento punitivo que não se preocupa com as raízes sociais desses problemas, mas sim com a contenção, por meio da privação de liberdade.

A masculinização da repressão penal e psiquiátrica, em vez de contribuir para a segurança e proteção social, aprofunda desigualdades e legitima a marginalização de grupos específicos. Logo, é essencial repensar essas práticas, reconhecendo que masculinidade não deve ser vista como sinônimo de violência ou de desvio, e que o encarceramento e a internação não resolvem questões originadas em problemas estruturais. Uma abordagem focada na inserção social, no respeito à individualidade e na construção de políticas inclusivas de saúde mental e de cidadania é fundamental para transformar a realidade desses homens.

**Gráfico 2** – Etnia dos internos no HCTP em fevereiro de 2023

Fonte: Dados de pesquisa (2023).

Ao analisar o perfil da etnia das pessoas que estavam internadas no HCTP, 78%, ou seja, 149 pessoas, eram pardas, 6%, 12 pessoas, eram brancas e 16%, 31 pessoas, eram pretas. Se somados os dados entre pardos e pretos, tem-se o percentual de 94% de internos. Apenas para fins de comparação, apresenta-se o último censo do IBGE de 2022, que indica que a Bahia possui 56,9% de pessoas autodeclaradas pardas e 23,9% autodeclaradas pretas, somando um total de 80,8% da população baiana, conforme publicado pela Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia, SEI, em 2023. Ainda que pretos e pardos somem a maior parte da população baiana, não se chega à proporção encontrada na pesquisa, que aponta 94% deste público integrando a população do manicômio judiciário.

A composição étnica dos internos do HCTP, em que 78% são identificados como pardos e 16% como pretos, revela uma seletividade racial profunda que aponta para o racismo estrutural presente tanto no sistema penal quanto no psiquiátrico brasileiro. Esse dado destaca que a população negra e parda, especialmente em situações de vulnerabilidade, é priorizada como alvo de controle institucional. Essa realidade mostra que o tratamento dispensado a esses grupos é permeado por estigmas e preconceitos raciais, onde a cor da pele torna-se um fator determinante para a criminalização e a exclusão social. Nesse contexto, o sistema penal assume um papel que reforça tanto a violência simbólica quanto a material contra grupos marginalizados, especialmente aqueles que pertencem a minorias étnicas e raciais.

O sistema de justiça criminal e psiquiátrico, enquanto ferramenta de controle social, contribui para segregar e normalizar aqueles que não se adequam aos padrões sociais dominantes. A aplicação seletiva das práticas penais e de institucionalização psiquiátrica sobre a população negra e parda revela um mecanismo de exclusão que busca afastar esses indivíduos do convívio social, classificando-os como “desviantes” e indesejáveis. Esse poder disciplinar atua criando identidades estigmatizadas, e, nesse sentido, as instituições penais e psiquiátricas assumem o papel de regular a exclusão social de grupos racializados. Na prática, essas instituições moldam uma sociedade onde negros e pardos são associados ao desvio e à periculosidade, consolidando estereótipos raciais que reforçam a segregação e o controle social.

A institucionalização desses indivíduos intensifica o processo de estigmatização, desumanizando-os a ponto de anular suas singularidades e impor uma identidade institucional que lhes é alheia. No contexto brasileiro, onde o racismo estrutural permeia profundamente as esferas sociais, esse processo é amplificado: as instituições não apenas aprisionam fisicamente, mas também simbolicamente confinam esses indivíduos em estereótipos negativos que lhes retiram a identidade e os marcam com o rótulo de “perigosos” ou “irrecuperáveis”. Dessa forma, o racismo institucionalizado cria um ciclo em que a internação ou o encarceramento de pessoas negras e pardas passa a ser visto como uma “solução” para o “desvio” desses grupos, relegando-os a um estado permanente de exclusão social.

No modelo manicomial brasileiro, o tipo de tratamento oferecido a esses indivíduos aliena-os de sua comunidade e reforça estereótipos sociais, convertendo o manicômio em um instrumento de exclusão e controle racial. No caso do HCTP e de outras instituições semelhantes, esse modelo de exclusão é ainda mais intenso para a população negra e parda, que enfrenta uma dupla barreira: primeiro, pela falta de acesso a cuidados de saúde mental preventivos e comunitários; segundo, pelo distanciamento que o manicômio impõe, afastando-os de suas famílias e de suas comunidades. Nesse cenário, a internação psiquiátrica de grupos racializados acaba reforçando estigmas e os impedindo de exercer plenamente sua cidadania, ao isolá-los em espaços que funcionam sob uma lógica de controle racial e social.

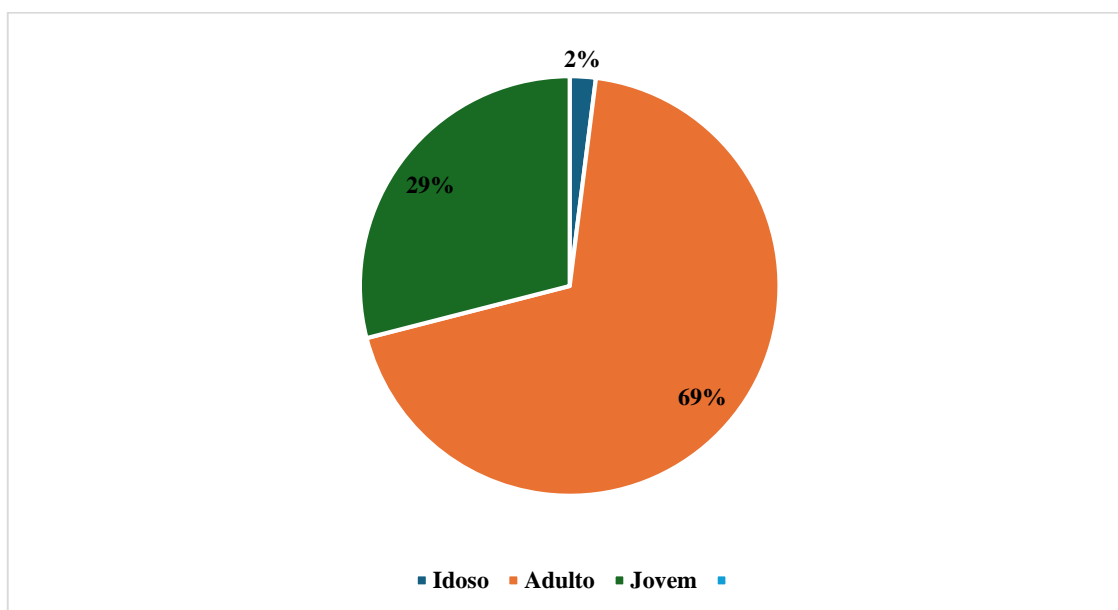
O processo de racialização do controle penal e psiquiátrico opera em diferentes níveis e começa muito antes da internação. Desde o processo de acusação e julgamento até a decretação das medidas de internação, os indivíduos negros e pardos enfrentam um sistema que os vê como “culpados potenciais” e, conseqüentemente, como alvos preferenciais de medidas punitivas e de privação de liberdade. Na prática, essa visão preconceituosa sugere que esses indivíduos são menos passíveis de reabilitação ou de tratamento comunitário, reforçando a ideia de que o confinamento institucional é sua única “solução”. Esse entendimento também

legítima a seletividade na aplicação de medidas cautelares, que são aplicadas com maior frequência a indivíduos de grupos racializados do que a indivíduos brancos.

Além disso, o racismo estrutural nas práticas psiquiátricas e penais é evidenciado em dados que mostram uma proporção extremamente alta de negros e pardos nas instituições de privação de liberdade, o que revela um problema sistêmico. Essa realidade reflete uma estratégia disciplinar que visa à exclusão dos corpos considerados “impróprios” para o convívio social. A prática do encarceramento e da internação psiquiátrica para grupos racializados opera como uma tecnologia de controle que nega a esses indivíduos a possibilidade de participação plena na sociedade, marginalizando-os em contextos de vigilância e repressão. Dessa maneira, o sistema psiquiátrico e penal torna-se um campo para a prática do racismo estrutural, onde a punição e a exclusão são justificadas pelo estigma racial.

A racialização do controle psiquiátrico e penal se torna ainda mais evidente ao observar que, para indivíduos brancos, o encaminhamento para internação ou tratamento ocorre com critérios de maior especificidade e de excepcionalidade. No entanto, para negros e pardos, essa seletividade é distorcida, e a internação se torna uma resposta institucional frequente e imediata. O impacto desse modelo de controle institucionalizado é devastador, pois, além de segregar os indivíduos, reforça a ideia de que determinados grupos são inerentemente perigosos ou incapazes de convívio social harmonioso, perpetuando uma narrativa de inferioridade racial.

Esse racismo estrutural nas práticas penais e psiquiátricas brasileiras atua em várias dimensões: desumaniza e estigmatiza os indivíduos, exclui-os do convívio comunitário e restringe seu acesso a direitos e garantias fundamentais. A consequência desse modelo é a perpetuação de um ciclo de marginalização e exclusão social, onde ser negro ou pardo se torna um determinante de maior vulnerabilidade à institucionalização e à violação de direitos. Em vez de receberem tratamento digno e alternativas de cuidado comunitário, esses indivíduos são colocados em espaços de contenção e silenciamento, em uma estratégia de controle que, em última análise, reflete as bases de um racismo estrutural que ainda permeia a sociedade brasileira.

**Gráfico 3** – Faixa etária dos internos no HCTP em fevereiro de 2023

Fonte: Dados de pesquisa (2023).

Quanto à faixa etária, tomando-se por parâmetro o desenvolvimento biológico e psicológico, nota-se a variabilidade das idades das pessoas internadas, dentre as 192, 69%, 132 eram adultos (entre 30 e 59 anos de idade), 2%, 5 pessoas idosas (acima de 60 anos de idade) e 29%, 55 pessoas eram adultos jovens (entre 18 e 29 anos de idade). Tem-se, dessa maneira, que 1/3 do público é composto por jovens, público este que, segundo a Constituição Federal de 1988, no artigo 227, junto com crianças e adolescentes, deveriam ser prioridade absoluta na implementação de políticas públicas. Apesar de não ser o mote do presente trabalho, surpreende como este público sofre com a insuficiência de políticas próprias aos seus interesses e direitos, não se limitando às políticas de saúde mental, mas em todo o sistema prisional.

A análise dos dados do HCTP mostra que 29% dos internos têm entre 18 e 29 anos. Essa porcentagem expõe um cenário de negligência no que diz respeito às políticas públicas direcionadas à juventude em situação de vulnerabilidade social e econômica. A realidade retratada por esses dados sugere que tanto o sistema de saúde mental quanto o sistema penal tratam jovens, especialmente aqueles que enfrentam contextos de exclusão e precariedade, não como indivíduos com direitos, mas como objetos de controle e contenção. Esse tipo de abordagem é ilustrativo de um sistema que prefere responder aos desafios sociais com confinamento e internamento, ao invés de investir em políticas preventivas e inclusivas.

A alta taxa de institucionalização entre jovens de 18 a 29 anos revela a ausência de uma rede de apoio que possibilite alternativas de cuidado, ressocialização e desenvolvimento

peçoal. Para muitos desses jovens, o sistema não oferece soluções que atendam às suas necessidades, como acesso à educação de qualidade, oportunidades de trabalho e apoio em saúde mental preventiva. Em vez disso, são submetidos ao encarceramento ou à internação como soluções preferenciais, o que sugere que o sistema prefere isolá-los ao invés de atuar nas causas de sua vulnerabilidade.

Esses ambientes institucionais de confinamento, tais como os hospitais psiquiátricos, possuem uma estrutura que, ao invés de favorecer o desenvolvimento individual, prioriza a despersonalização e o controle. A identidade desses jovens é moldada pela lógica institucional que os categoriza e limita, sem considerar suas individualidades e necessidades específicas. A rotina e as normas impostas nesses espaços contribuem para um processo de alienação em que o indivíduo internaliza a identidade imposta pela instituição, distanciando-se cada vez mais de suas próprias referências sociais e culturais. Esse processo, muitas vezes descrito como uma “morte social”, separa esses jovens do convívio com a sociedade, impedindo que participem de uma vida comunitária que lhes ofereça significado e pertencimento.

O impacto da institucionalização para a juventude é ainda mais grave quando se considera o momento de vida pelo qual passam esses indivíduos. A faixa etária de 18 a 29 anos é crucial para a formação da identidade, o desenvolvimento de habilidades pessoais e profissionais, e a busca por autonomia. Ao serem privados dessas experiências fundamentais, os jovens institucionalizados veem suas oportunidades de crescimento e de construção de uma vida significativa severamente limitadas. Em vez de permitir que construam perspectivas de futuro e desenvolvam suas potencialidades, a institucionalização contribui para que permaneçam estagnados e alienados, afastados da possibilidade de participação plena na sociedade.

Além disso, o sistema disciplinar que caracteriza esses ambientes não se limita a punir atos isolados, mas opera moldando e normalizando a totalidade da vida do indivíduo. A juventude em situação de vulnerabilidade é vista como uma potencial ameaça que precisa ser controlada, e, portanto, submetida a uma série de práticas de normalização que reforçam uma posição subalterna e inibem qualquer tentativa de questionar ou desafiar o sistema vigente. A visão de que esses jovens representam um perigo latente leva o sistema penal e psiquiátrico a transformar esse segmento da população em alvo de controle, sujeitando-os a uma lógica de disciplinamento que prioriza a conformidade e o silenciamento em detrimento da inclusão e do desenvolvimento.

O sistema penal, em particular, revela um viés de seletividade que afeta especialmente a juventude pobre, que se torna mais vulnerável às práticas de controle social. Esse sistema

atua como um filtro, selecionando aqueles que não correspondem aos padrões sociais de obediência e docilidade, e reforçando estereótipos negativos associados aos jovens em condição de pobreza e exclusão. Ao tratar esses indivíduos como uma ameaça que precisa ser contida, o sistema reafirma estigmas e preconceitos, ao invés de promover políticas públicas que incentivem sua inclusão e desenvolvimento. Nesse sentido, a juventude marginalizada, em vez de ser assistida por programas de apoio e de proteção social, acaba sendo submetida a práticas que a empurram para o isolamento e para a alienação.

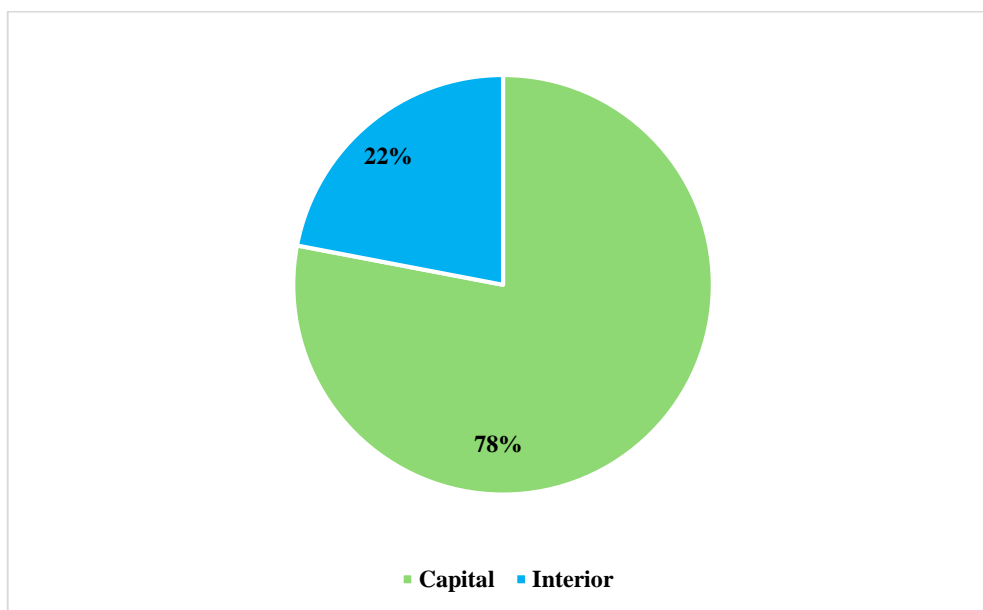
Dentro do modelo psiquiátrico de internação, esses jovens são inseridos em espaços que funcionam mais como instrumentos de repressão do que de cuidado. Em vez de encontrar nesses ambientes um suporte para suas dificuldades, os jovens são frequentemente reduzidos a uma condição de dependência e de alienação, distantes de qualquer perspectiva de autonomia. Ao serem afastados de suas redes de apoio familiar e comunitário, esses indivíduos perdem contato com as referências sociais e culturais que poderiam lhes oferecer um senso de identidade e de pertencimento. Em vez disso, esses espaços acabam reforçando a exclusão social dos jovens, distanciando-os ainda mais da sociedade e tornando a possibilidade de reintegração cada vez mais remota.

A ausência de políticas públicas focadas na juventude em situação de vulnerabilidade reflete uma escolha estrutural do Estado, que negligencia as necessidades específicas desse grupo etário. Ao deixar de investir em programas de inclusão social, de acesso à educação, à saúde mental preventiva e ao mercado de trabalho, o Estado contribui para perpetuar um ciclo de exclusão que empurra esses jovens para o sistema penal e psiquiátrico. A falta de alternativas preventivas acaba fortalecendo a lógica punitiva, onde o confinamento e o isolamento surgem como respostas automáticas, mesmo quando esses jovens poderiam ser beneficiados por programas de assistência e de integração social.

A ausência de políticas para a juventude em vulnerabilidade é especialmente alarmante, considerando o papel fundamental que esse grupo desempenha na sociedade. Essa fase da vida é marcada pela busca de autonomia, pela construção de identidades próprias e pelo desenvolvimento de competências que permitam uma inserção ativa e produtiva no tecido social. Ao negar a esses jovens o direito a uma vida digna e integrada, o sistema os priva de oportunidades essenciais para o desenvolvimento pessoal e social, restringindo suas aspirações e diminuindo suas perspectivas de futuro. A juventude institucionalizada, dessa forma, reflete a postura de um Estado que prefere recorrer ao encarceramento e à internação como soluções para os problemas sociais, ao invés de criar políticas públicas que incentivem o desenvolvimento, a autonomia e a inclusão.

As análises críticas no campo da criminologia e da psiquiatria social indicam que a falta de políticas públicas para a juventude em vulnerabilidade é, em última instância, uma prática de controle social que reforça a exclusão. Ao impedir que esses jovens tenham acesso a oportunidades de crescimento e participação social, o sistema contribui para a marginalização e estigmatização de grupos inteiros, perpetuando a ideia de que determinados indivíduos são predispostos ao desvio e à criminalidade. Em vez de investir em programas sociais e educacionais que poderiam reduzir a institucionalização de jovens, o Estado adota uma abordagem de contenção, que não oferece perspectivas de reintegração, mas apenas reforça o ciclo de exclusão.

Portanto, a carência de políticas públicas voltadas à juventude em situação de vulnerabilidade representa uma questão urgente que exige reavaliação. Ao invés de continuar com práticas punitivas e excludentes, é necessário que o Estado desenvolva políticas que promovam o crescimento e a autonomia desses jovens, oferecendo alternativas em áreas como educação, inserção no mercado de trabalho e cuidado em saúde mental. Só assim será possível romper o ciclo de criminalização e de exclusão que afeta a juventude institucionalizada, construindo uma sociedade mais justa e inclusiva, onde esses jovens possam ter oportunidades reais de desenvolvimento e de realização pessoal, ao invés de serem empurrados para mecanismos de controle e repressão.

**Gráfico 4** – Território origem dos internos no HCTP em fevereiro de 2023

Fonte: Dados de pesquisa (2023).

Dado, já analisado anteriormente, aponta-se que a maior parte dos internos do HCTP são oriundos de cidades do interior da Bahia, 78%, ou seja, exatas 149 pessoas, apenas 22%, 43 pessoas, eram originárias de Salvador.

Fica evidente, assim, não apenas a desproporção quanto à origem dos pacientes, como também o desrespeito ao direito ao tratamento comunitário destes, além da consequente quebra do vínculo familiar.

Sendo Salvador o município com maior número de equipamentos de saúde, inclusive da RAPS, no estado da Bahia, seria este um vetor para justificar menor número de pacientes no HCTP? Segundo o IBGE, no censo de 2022, a Bahia possuía população de 14.141.626 (IBGE, 2023a), enquanto Salvador tinha 2.417.678 habitantes (IBGE, 2023b). Assim, guardadas as proporções, tem-se que a população de Salvador equivalia a, aproximadamente, por notação científica, 17,1% da população baiana, dado este que não confirma que a discrepância seria, tão somente, em razão das dimensões populacionais.

A análise dos dados dos internos do HCTP revela que 78% deles são provenientes de cidades do interior da Bahia, onde há uma escassez significativa de serviços de saúde mental, evidenciando desigualdades regionais marcantes. Esse quadro aponta para a concentração dos serviços psiquiátricos nos grandes centros urbanos, especialmente em Salvador, sem políticas de saúde mental que considerem as especificidades e demandas das regiões mais distantes e menos desenvolvidas. A

centralização desses serviços na capital impõe um distanciamento forçado dos indivíduos em relação às suas redes de apoio e ao convívio comunitário, rompendo laços que poderiam ser fundamentais para sua recuperação e reintegração social.

A centralização do atendimento psiquiátrico urbano estabelece um modelo que privilegia a exclusão ao invés do cuidado comunitário. Ao retirar os indivíduos de suas comunidades e direcioná-los a instituições urbanas, esse sistema reforça o isolamento social e configura uma prática de alienação, privando-os de recursos e apoios locais que poderiam contribuir para sua recuperação. Esse modelo desconsidera as condições específicas das regiões de origem dos internos, negligenciando suas necessidades e particularidades culturais, o que agrava ainda mais a situação de alienação social enfrentada por esses indivíduos.

Esse afastamento das redes familiares e comunitárias é um dos principais fatores que impactam a integridade emocional e identitária dos indivíduos. A despersonalização intensificada pela ausência de vínculos externos e pelo rompimento de relações familiares resulta em uma imposição de identidade pela instituição, criando uma experiência que reduz as referências culturais e regionais desses indivíduos a uma condição homogênea e impessoal. Ao serem transferidos para instituições distantes de suas regiões, os internos são separados de suas bases de apoio e inseridos em ambientes onde suas características e referências culturais são desconsideradas pela rotina institucional.

A distância geográfica e a ausência de serviços de saúde mental no interior da Bahia refletem uma lógica disciplinar que visa ao controle e à contenção dos que se encontram fora dos padrões socialmente estabelecidos. Ao segregar e isolar esses indivíduos, o sistema reforça uma forma de controle social que se distancia das práticas de cuidado comunitário e atua sobre os indivíduos de regiões menos favorecidas de forma incisiva, eliminando-os do convívio social ao privá-los de redes e referências familiares. Esse modelo de exclusão revela um uso da institucionalização não como um recurso de tratamento, mas como uma ferramenta de afastamento social para aqueles considerados “incômodos” ou “indesejáveis” na estrutura urbana centralizada.

A falta de serviços de saúde mental no interior demonstra uma política de abandono estrutural, na qual o Estado prioriza o investimento em infraestrutura para áreas urbanas, em detrimento das regiões mais periféricas. Essa situação é agravada pela falta de políticas públicas que promovam o desenvolvimento regional e fortaleçam redes comunitárias de saúde mental, especialmente nas áreas rurais. Em vez de criar programas que ampliem o acesso ao atendimento psiquiátrico no interior, o Estado opta por

centralizar e direcionar os casos para as instituições urbanas, fazendo com que o confinamento institucional se torne uma das poucas “soluções” acessíveis para os casos mais graves. Esse modelo de centralização, além de intensificar o isolamento dos internos, contribui para a perpetuação das desigualdades regionais e torna o acesso à saúde mental no interior cada vez mais precário.

A concentração do tratamento psiquiátrico em Salvador também dificulta a manutenção dos laços familiares e comunitários dos pacientes, fundamentais para sua recuperação e estabilidade emocional. Muitas famílias dos internos não possuem recursos para visitas regulares, agravando o isolamento e a sensação de abandono. Esse distanciamento amplia o sofrimento psicológico dos pacientes, pois a presença de vínculos externos é essencial para preservar sua identidade e individualidade. A privação das redes de apoio impede que o processo de reintegração social ocorra de forma saudável, reforçando a dependência institucional e dificultando o retorno à vida em sociedade.

Outro aspecto que evidencia a desigualdade regional é a concentração de profissionais especializados em saúde mental nos centros urbanos, enquanto o interior carece de psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais qualificados. Essa ausência de profissionais capacitados nas áreas periféricas impede a criação de redes de cuidado comunitário e limita as possibilidades de atendimento preventivo e terapêutico fora das instituições. O modelo de saúde mental, ao centralizar os recursos em áreas urbanas, aprofunda desigualdades estruturais, deixando a população do interior em situação de vulnerabilidade e desassistência.

A ausência de serviços de saúde mental no interior e a consequente necessidade de institucionalização na capital representam uma manifestação das desigualdades regionais que caracterizam a realidade brasileira. Esse cenário ressalta o caráter seletivo e excludente do sistema de saúde mental, que favorece a centralização e o confinamento em instituições urbanas em detrimento de um atendimento descentralizado e inclusivo. A internação surge, nesses casos, como uma resposta à ausência de alternativas, e não como uma necessidade real dos pacientes, que poderiam ser atendidos em suas próprias comunidades caso houvesse investimentos adequados em infraestrutura e políticas públicas voltadas à saúde mental nas regiões menos assistidas.

A necessidade de reestruturação do modelo de saúde mental no Brasil é urgente. É preciso que o sistema contemple a descentralização dos serviços e fortaleça as redes de apoio locais, garantindo um atendimento mais acessível e humanizado. Investir na saúde

mental comunitária e na formação de equipes multidisciplinares para atender às necessidades da população do interior é um passo fundamental para superar as desigualdades regionais e promover a inclusão social dos indivíduos em situação de vulnerabilidade.

A pesquisa revela, ainda, que uma grande parte dos internos possui baixa escolaridade, o que evidencia as desigualdades no acesso à educação, especialmente entre as populações mais vulneráveis, incluindo aquelas que convivem com transtornos mentais. Esse quadro destaca a ausência de políticas inclusivas e a presença de barreiras estruturais que impedem o acesso das pessoas com deficiência, inclusive as que possuem transtornos mentais, ao direito fundamental à educação. Essa exclusão educacional está diretamente ligada à marginalização e à alienação desses indivíduos, que são afastados de oportunidades de desenvolvimento pessoal e social, condenando-os a uma trajetória de exclusão e estigmatização.

A falta de acesso à educação e o desamparo institucional não são apenas um reflexo das condições socioeconômicas desfavoráveis; eles revelam uma escolha social de priorizar a disciplina e a marginalização ao invés de oferecer educação e integração. Para pessoas com deficiência mental ou intelectual, essa marginalização se torna ainda mais evidente, já que a exclusão educacional implica um processo de desumanização que reforça estigmas, classificando esses indivíduos como “incapazes” ou mesmo “irrecuperáveis.” Em vez de serem fornecidos os recursos necessários para a inclusão social, o sistema opta por respostas punitivas ou de isolamento, perpetuando a visão de que essas pessoas não podem se beneficiar de uma educação inclusiva.

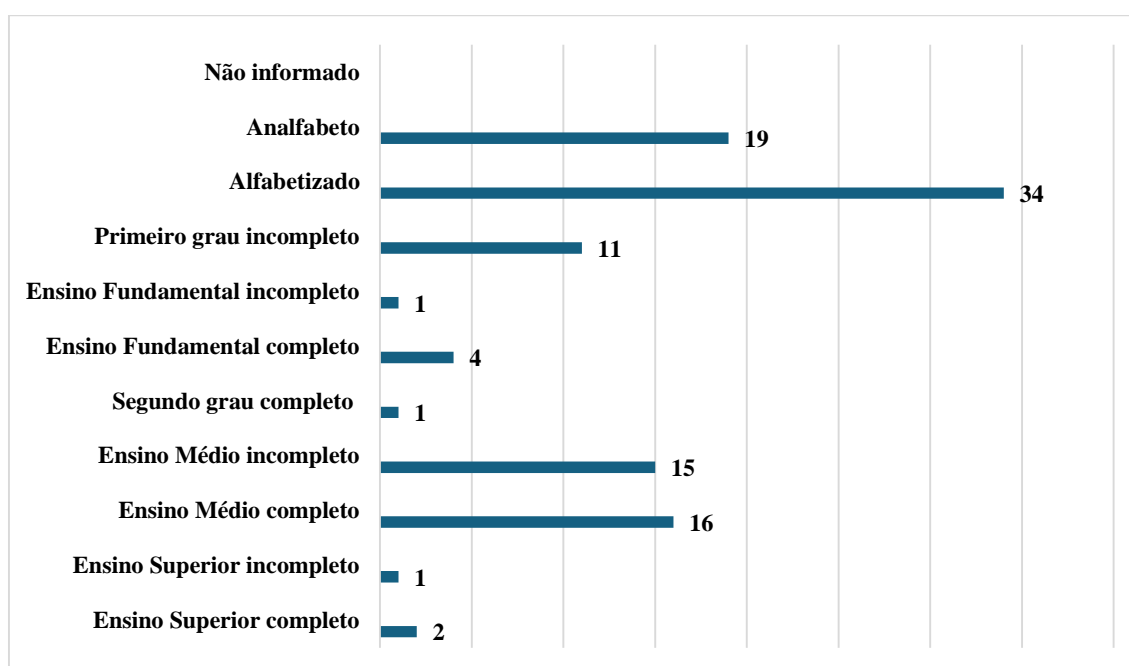
A estrutura das instituições totais, como hospitais psiquiátricos e prisões, limita drasticamente a autonomia dos indivíduos, reforçando um papel passivo e restringindo qualquer possibilidade de emancipação. Para as pessoas com deficiência, especialmente as que possuem transtornos mentais, a institucionalização se torna um ciclo vicioso, onde a falta de educação e de habilidades sociais resulta em uma dependência contínua dessas instituições. Essa baixa escolaridade não é apenas uma consequência das condições econômicas, mas também uma consequência direta do abandono por parte do Estado, que opta pela exclusão ao invés de capacitar esses indivíduos para uma participação ativa e significativa na sociedade.

O direito à educação para pessoas com deficiência é assegurado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, que estabelece um sistema educacional inclusivo em todos os níveis e modalidades. No entanto, a realidade enfrentada pelas pessoas com transtornos

mentais, como os internos do HCTP, mostra que esse direito é frequentemente negligenciado. Ao não garantir uma educação acessível e inclusiva, o Estado falha em sua responsabilidade de promover o desenvolvimento desses indivíduos, limitando suas oportunidades de participação plena na sociedade e perpetuando um ciclo de exclusão.

Além disso, a legislação brasileira que regula a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais determina que a assistência a essas pessoas deve ocorrer preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental. No entanto, a falta de investimento em educação e em serviços de saúde mental comunitários faz com que essas pessoas, ao invés de receberem apoio e instrução dentro de um sistema inclusivo, sejam confinadas a instituições onde a privação de liberdade e o isolamento se sobrepõem ao desenvolvimento pessoal. Essa falta de investimento agrava a marginalização desses indivíduos e aumenta o estigma em torno de suas condições.

**Gráfico 5** – Escolaridade dos internos no HCTP em fevereiro de 2023



Fonte: Dados de pesquisa (2023).

O próximo dado levantado foi o da escolaridade de pacientes do HCTP da Bahia, chegando-se à conclusão de que 13 têm escolaridade não informada; 4 internos possuíam o ensino fundamental completo; 15 internos possuíam ensino médio incompleto; 16 internos tinham ensino médio completo; 76 internos tinham ensino fundamental incompleto; 19 internos eram analfabetos; 34 internos foram alfabetizados; 11 internos

com possuíam o 1º grau incompleto; 1 interno tinha 2º grau incompleto e 2 internos tinham superior completo.

Em razão da não padronização dos dados, não foi possível chegar-se a uma conclusão acerca dos níveis de escolaridade, haja vista que, dentre as variáveis colocadas, pode existir confusão dos dados. Mas pode-se afirmar que a maior parte dos pacientes não possuem ensino médio completo, e que 10% do total era composta por analfabetos.

Trata-se de varável relevante, por trazer questionamentos acerca do acesso à escolarização de pessoas com transtorno mental, no território baiano, em especial, se a existência de vazios assistenciais da RAPS baiana implicaria em obstáculo à escolarização deste público.

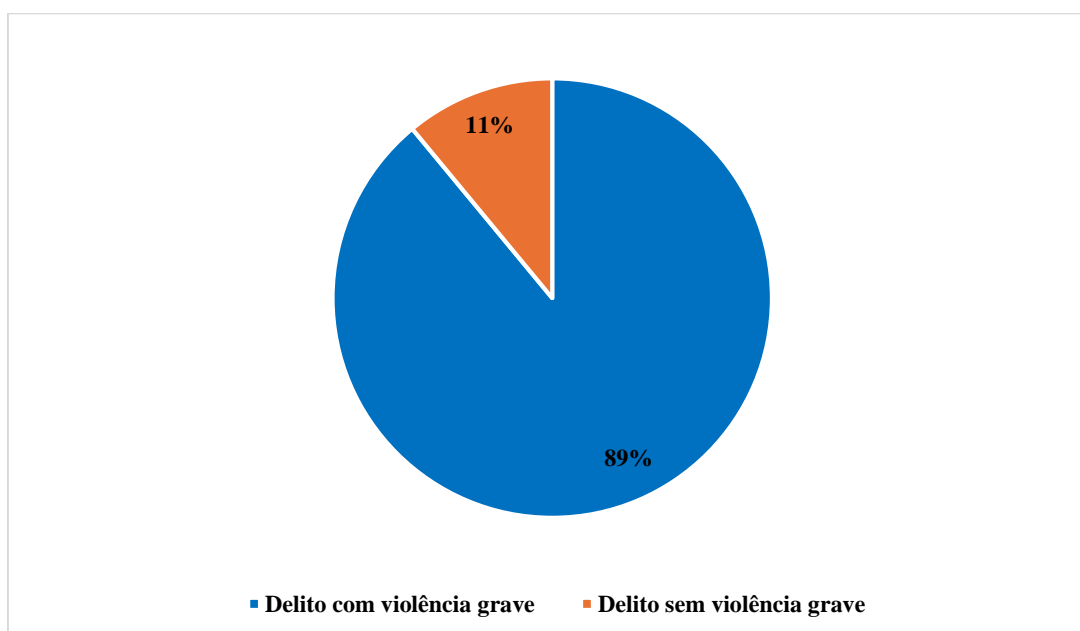
A baixa escolaridade entre pessoas marginalizadas, especialmente entre aquelas com deficiência mental, reflete o abandono institucional do Estado, que deveria investir em políticas educativas de inclusão, mas adota, em vez disso, uma abordagem que marginaliza ainda mais os que já enfrentam condições adversas. A falta de acesso à educação não só limita as oportunidades de crescimento pessoal, como também torna esses indivíduos mais vulneráveis ao controle institucional, em um ciclo de exclusão e marginalização no qual a ausência de educação é usada como justificativa para práticas de contenção e isolamento.

Essa exclusão educacional aprofunda o ciclo de alienação e de privação de direitos. A marginalização educacional priva as pessoas com transtornos mentais das ferramentas necessárias para reivindicar seus direitos e compreender o contexto social em que estão inseridas, tornando-as mais suscetíveis ao controle e à institucionalização. A ausência de escolaridade representa, portanto, não só uma violação de direitos humanos, mas também uma barreira à autonomia, que limita qualquer possibilidade de integração e de participação ativa na sociedade.

A falta de políticas públicas voltadas ao acesso educacional inclusivo agrava a situação das pessoas com deficiência mental ou com transtornos mentais que são muitas vezes excluídas de ambientes de aprendizado e socialização. Sem adaptações curriculares adequadas, sem professores capacitados e sem os recursos pedagógicos apropriados, essas pessoas encontram um sistema que, em vez de acolher a diversidade, opta pela centralização em instituições onde a educação é deixada de lado e a privação de direitos prevalece. A falta de investimento em uma educação inclusiva contribui para que essas pessoas permaneçam à margem da sociedade, afastadas do convívio social e das oportunidades de desenvolvimento pessoal.

Em síntese, a questão da escolaridade e da exclusão educacional dos internos do HCTP reflete uma escolha estrutural de abandono e marginalização. A baixa escolaridade dos internos é resultado de um sistema que ignora direitos fundamentais, optando pelo confinamento e pela exclusão social ao invés da inclusão e do desenvolvimento. Ao falhar em garantir o direito à educação para pessoas com deficiência mental, o Estado perpetua um ciclo de estigmatização que limita as possibilidades de crescimento desses indivíduos e os torna reféns de um sistema que, em vez de promover sua emancipação, reforça a dependência e a marginalização.

**Gráfico 6** – Tipo de delito cometido pelos internos no HCTP - fevereiro de 2023



Fonte: Dados de pesquisa (2023).

Já objeto de estudo, a restrição de liberdade, no Brasil, é medida de exceção, e apenas deve ocorrer em casos extremos. Também é verdade que, em casos que envolvam pessoas com transtornos mentais, a restrição da liberdade, por meio da internação, somente ocorrerá, excepcionalmente, em casos de medidas cautelares de internação provisória, quando da ocorrência de prática de delitos com violência ou grave ameaça à pessoa.

Dentre as pessoas presas no HCTP em fevereiro de 2023, 89%, ou 171 pessoas, praticaram delito com violência ou grave ameaça à pessoa e 11%, ou 21 pessoas, foram presas pela prática de delitos sem violência ou grave ameaça à pessoa. Este último dado é discrepante e aponta a ilegalidade destas prisões, uma vez que, não se justifica a prisão de cidadão pela prática de delitos como o de dano, por exemplo, em especial quando se

trata de pessoa com transtorno mental, que deveria ser submetida a tratamento comunitário, em parceria com a sua família.

Como dito, em agosto de 2023, seis meses após a publicação da Resolução CNJ 487/2023, deveria ocorrer o fechamento da porta de entrada do HCTP da Bahia. Por esta razão, resolveu-se fazer a análise dos processos judiciais de internos que ali estavam, em razão de decretos de medidas cautelares de internação provisória. Antes, porém, de adentrar a este grupo, entendeu-se relevante a análise da população em geral da unidade, para verificação de possíveis discrepâncias com os dados observados anteriormente, chegando-se aos resultados adiante apresentados e comentados.

A análise dos delitos cometidos pelos internos do HCTP revela que, embora 89% deles tenham praticado delitos com violência, 11% estão internados por delitos sem violência. Esse dado coloca em questão o critério de excepcionalidade que deveria orientar a medida de internação psiquiátrica, uma prática restritiva que, em teoria, deve ser aplicada apenas como último recurso e em situações onde a periculosidade à ordem pública é evidente. No entanto, a presença de internos por delitos sem violência contradiz o princípio de que a internação deve ser uma medida excepcional e aplicada apenas em circunstâncias extremas.

Instituições de confinamento, como hospitais psiquiátricos, tendem a patologizar comportamentos que poderiam ser abordados de forma menos coercitiva, transformando o desvio em “doença”. O confinamento em instituições psiquiátricas, especialmente no caso de delitos sem violência, representa um “excesso de controle” e uma violação dos princípios de proporcionalidade e excepcionalidade que deveriam guiar a internação. Ao invés de oferecer o cuidado necessário, o ambiente institucional frequentemente reforça estigmas e se torna um espaço de controle, onde a autonomia dos indivíduos é suprimida.

O sistema penal, de modo seletivo, trata comportamentos considerados “desviantes” com maior rigor, empregando a repressão como resposta independente da gravidade do delito. Esse padrão de seletividade cumpre um papel disciplinar que busca conformar os indivíduos às normas sociais, utilizando a institucionalização psiquiátrica como uma extensão desse controle social. A presença de pessoas internadas por delitos sem violência exemplifica como o critério de excepcionalidade é muitas vezes ignorado, em favor de uma resposta padronizada e desproporcional que trata situações diferenciadas de forma uniforme e sem consideração pela complexidade de cada caso.

A internação psiquiátrica, particularmente quando aplicada de forma indiscriminada, opera como uma tecnologia de controle, disciplinando e vigiando

continuamente aqueles considerados “anormais”. Essa prática de normalização se manifesta claramente no processo de institucionalização, em que o desvio é contido não apenas para proteção social, mas também como um meio de exercer poder sobre aqueles que não se ajustam aos padrões estabelecidos. A internação, assim, torna-se uma ferramenta institucional para eliminar a subjetividade e complexidade do indivíduo, tratando-o como um risco social a ser neutralizado.

O princípio de excepcionalidade da internação psiquiátrica é amplamente discutido entre acadêmicos e especialistas no cruzamento entre direito penal e políticas de saúde mental. A internação compulsória, argumentam, deveria ocorrer somente em situações em que o afastamento do convívio social fosse justificado por uma ameaça concreta e iminente. Contudo, no contexto brasileiro, essa medida é frequentemente aplicada de forma ampla e desproporcional, afetando sobretudo indivíduos de classes sociais mais vulneráveis, em uma lógica que reflete exclusão social e seletividade penal.

A prática de institucionalização psiquiátrica, quando aplicada a delitos de menor potencial ofensivo, desvirtua o caráter excepcional da medida e transforma esses espaços em locais de segregação social. Tal prática vai contra o princípio de proteção aos direitos humanos, que deveria orientar tanto o sistema penal quanto as políticas de saúde mental. O uso indiscriminado da internação psiquiátrica para crimes sem violência não apenas viola direitos fundamentais, mas também reforça um modelo de controle social que valoriza o isolamento em detrimento da reabilitação.

A legislação que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais estabelece que a internação psiquiátrica deve ser usada apenas em casos extremos, quando os recursos comunitários são insuficientes. Esse princípio é ignorado quando a internação é aplicada a pessoas que cometeram delitos sem violência, pois, nesses casos, alternativas de tratamento na comunidade poderiam ser eficazes, sem a necessidade de confinamento. A prática de internar indiscriminadamente, nesses contextos, desrespeita diretrizes legais que visam garantir tratamento digno e baseado em cuidados adequados ao perfil do paciente, ao invés de confinamento.

A excepcionalidade da internação é essencial para assegurar que as pessoas com transtornos mentais recebam um tratamento que respeite sua dignidade. Ignorar esse princípio transforma a internação psiquiátrica em uma medida de contenção e controle, perpetuando o estigma associado aos transtornos mentais e restringindo as possibilidades de reintegração social. O sistema penal e o de saúde mental, ao aplicarem medidas

restritivas sem critério rigoroso, violam os direitos humanos e não observam a proporcionalidade e a adequação das práticas de contenção.

A prática de internar indivíduos por delitos sem violência é uma violação clara do princípio de proporcionalidade e do caráter excepcional da internação psiquiátrica. Em vez de funcionar como uma última opção, a internação torna-se uma medida de controle social, desconsiderando a complexidade dos casos e tratando todos os indivíduos com transtornos mentais como potenciais ameaças à ordem pública. Esse modelo reforça a alienação e o estigma, perpetuando uma visão que associa transtorno mental à periculosidade, considerando o isolamento como única solução viável.

Ademais, a pesquisa evidencia que muitos internos do HCTP permanecem em internação por períodos superiores a três anos sem qualquer reavaliação, o que representa uma grave violação aos direitos humanos e ao princípio de temporariedade das internações cautelares, estabelecido pela legislação brasileira. Esses internos não estão sujeitos a medidas de segurança formais, mas sim a internações cautelares, que, por seu caráter preventivo, deveriam ter prazos definidos e ser periodicamente revisadas para assegurar a legalidade e a proporcionalidade de sua aplicação.

A Resolução 213/2015 do Conselho Nacional de Justiça, em seu artigo 8.º A, §2.º, inciso III, reforça a necessidade de que a internação cautelar seja constantemente analisada em termos de sua adequação e necessidade. Isso significa que, além de limitar o tempo de duração da medida, é fundamental que seja verificada periodicamente a situação do internado, com o objetivo de avaliar se a internação continua sendo a medida mais apropriada, ou se uma alternativa menos restritiva poderia ser adotada. Essa revisão periódica é essencial para impedir que a cautelaridade perca seu caráter transitório e se transforme em uma privação de liberdade indefinida e desproporcional.

No entanto, a prática revela que esses requisitos de revisão periódica e limitação temporal não estão sendo cumpridos. A falta de uma reavaliação regular e criteriosa acaba convertendo a internação cautelar em uma situação similar à de uma pena ou medida de segurança definitiva, mesmo sem o respaldo legal que essas condições exigiriam. Esse descumprimento resulta em uma dupla irregularidade: por um lado, a internação prolongada e sem prazo definido se assemelha à aplicação de uma medida de segurança sem as devidas garantias; por outro, a ausência de uma revisão periódica contradiz o caráter cautelar da medida, que, em teoria, deveria ser aplicada com base em uma análise constante das condições do internado.

A revisão periódica não é apenas uma formalidade; é uma exigência para garantir que o internado tenha seu direito de defesa e de dignidade preservado. Sem essa revisão, os indivíduos permanecem em uma espécie de “limbo” jurídico, no qual sua condição é mantida indefinidamente sem a devida análise de sua evolução ou da possibilidade de alternativas mais adequadas. Essa omissão, além de violar a Resolução 213/2015, fere o princípio da proporcionalidade e desconsidera o direito à reabilitação, convertendo a internação cautelar em uma punição prolongada.

A falta de revisões periódicas e de prazos definidos transforma essas internações cautelares em mecanismos de contenção indefinida, desvirtuando completamente seu propósito preventivo e temporário. Sem a reavaliação constante, as internações acabam não refletindo as necessidades individuais de cada caso, negando ao internado a possibilidade de recuperação e reintegração. A ausência de revisão periódica prolonga a privação de liberdade sem fundamentação adequada e contraria as diretrizes de uma cautelaridade que deveria ser acompanhada de avaliações regulares para assegurar o respeito aos direitos fundamentais.

Portanto, a revisão periódica é essencial não apenas para assegurar o cumprimento dos prazos e o caráter temporário da cautelar, mas também para impedir a prática abusiva de confinamento indefinido. A aplicação de internações cautelares, sem o devido respeito à exigência de reavaliação, configura uma privação de liberdade contrária à Resolução 213/2015 e desvirtua a finalidade da medida, transformando-a em uma forma de punição prolongada que viola a dignidade e os direitos dos internos.

A ausência de leitos e a carência de recursos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado da Bahia revelam um profundo vazio assistencial, comprometendo o atendimento à saúde mental e reforçando a institucionalização como uma das poucas opções para pessoas em sofrimento psíquico. Esse cenário é marcado pela insuficiência de estruturas e equipes de apoio no atendimento comunitário, afastando a RAPS de seu propósito de promover o cuidado em liberdade e a reintegração social de pessoas com transtornos mentais. Dados da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) indicam que, em várias regiões, a infraestrutura de atendimento em saúde mental é precária, especialmente nas áreas mais distantes da capital, Salvador.

Segundo a SESAB<sup>30</sup>, a Bahia possui 263 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dos quais 226 estão habilitados e financiados pelo Ministério da Saúde. Considerando que o estado possui 417 municípios, cerca de 63% dos municípios baianos não contam com um CAPS, o que leva à sobrecarga dos poucos serviços disponíveis e limita o acesso de grande parte da população.

A inexistência de leitos psiquiátricos em unidades gerais, somada à carência de CAPS, cria uma situação em que os indivíduos em crise frequentemente precisam se deslocar para grandes cidades ou recorrer à internação compulsória em hospitais especializados. Esse deslocamento prolongado afasta os pacientes de suas redes familiares e sociais, enfraquecendo vínculos e dificultando o processo de reabilitação.

A falta de políticas de suporte comunitário contribui para a desumanização e exclusão desses indivíduos, obrigados a recorrer a um sistema de saúde mental insuficiente. A escassez de alternativas comunitárias cria um ambiente de exclusão, em que pessoas em sofrimento mental precisam buscar ajuda em locais distantes e muitas vezes sem acompanhamento adequado. Esse modelo centralizado impõe o tratamento em ambientes isolados, desconectados das realidades sociais e culturais dos pacientes, reforçando o afastamento e a alienação.

A centralização do atendimento em Salvador e a carência de serviços no interior configuram uma forma de alienação social, retirando os indivíduos de suas comunidades e tratando-os como “não-cidadãos.” Ao ignorar as especificidades regionais e a autonomia dos pacientes, o sistema de saúde mental transforma esses indivíduos em objetos de controle e vigilância, excluindo-os do convívio social. Na Bahia, onde a RAPS ainda enfrenta limitações estruturais e de financiamento, essa alienação social torna-se evidente, com a institucionalização funcionando como uma resposta ao vazio assistencial, promovendo exclusão ao invés de cuidado.

Esse vazio assistencial é ainda mais crítico ao se observar a distribuição desigual dos CAPS no estado. Enquanto Salvador conta com cerca de 20 CAPS, cidades de médio e pequeno porte, como Alagoinhas e Itabuna, possuem menos de três unidades, muitas vezes responsáveis por atender uma extensa população rural. Essa disparidade reflete uma política de saúde mental que desconsidera as particularidades regionais e, ao concentrar

---

<sup>30</sup> Informação divulgada no portal da SESAB, contudo, até o momento, não foi possível verificar se esses números correspondem ao ano de 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/rede-de-atencao-psicossocial/>. Acesso em: 8 nov. 2024.

os recursos em áreas urbanas, reforça a alienação e marginalização das pessoas em sofrimento psíquico.

A falta de recursos na RAPS também se manifesta na escassez de profissionais capacitados para atuar no atendimento psicossocial. Conforme relatado pela SESAB, há uma carência significativa de psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais nas unidades de saúde mental, especialmente nas regiões do interior. Esse déficit impede a criação de equipes multidisciplinares que poderiam proporcionar um atendimento mais humanizado e inclusivo, levando o sistema a enxergar a internação compulsória como única solução para crises. Sem uma equipe completa e capacitada, o tratamento comunitário torna-se inviável, e o cuidado em liberdade se torna um ideal distante.

A Lei 10.216/2001, que regulamenta a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, estipula que o tratamento deve ocorrer preferencialmente em serviços comunitários, evitando hospitalizações e exclusões. Contudo, a falta de recursos na RAPS na Bahia impede a efetivação dessa legislação, transformando a internação e o confinamento em práticas recorrentes. Como política de Estado, a RAPS deveria garantir que os pacientes tivessem acesso a tratamentos que respeitassem sua dignidade e autonomia, mas a insuficiência de recursos coloca esses princípios em risco e favorece um modelo de exclusão.

A ausência de leitos psiquiátricos em unidades gerais e a escassez de CAPS comprometem a oferta de serviços essenciais para pessoas em sofrimento mental, reforçando a lógica da internação e da exclusão. Esse vazio assistencial cria um cenário em que a institucionalização é a única resposta viável para o sistema de saúde, que, em vez de promover o cuidado em liberdade, opta por uma solução que isola o indivíduo de seu contexto social. A falta de alternativas comunitárias e a centralização do atendimento resultam em um modelo assistencial que viola os direitos humanos e contraria o propósito da RAPS, consolidando a alienação social e desconsiderando a inclusão dos pacientes.

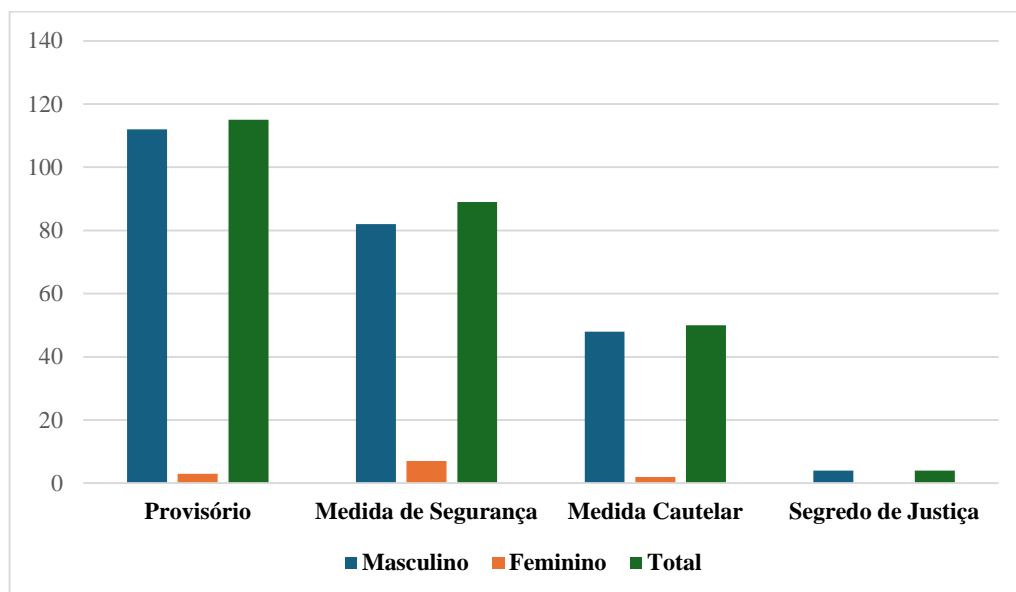
Para enfrentar o vazio assistencial, é urgente que o Estado da Bahia adote políticas públicas que promovam a descentralização dos serviços e invista na capacitação de profissionais para atender à demanda da RAPS. É necessário que o sistema de saúde mental ofereça opções que respeitem a dignidade e a autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, promovendo o cuidado em liberdade e a reintegração social. Apenas com uma rede de apoio robusta e inclusiva será possível superar o modelo de exclusão e garantir que os pacientes possam viver em sociedade com dignidade e respeito.

**Tabela 1** – Quantitativo de internados no HCTP em agosto de 2023

<b>PROVISÓRIO</b>	<b>MAS.</b>	<b>FEM.</b>	<b>TOTAL</b>	
<b>PROVISÓRIO</b>	<b>112</b>	<b>3</b>	<b>115</b>	
<b>MEDIDA DE SEGURANÇA</b>	<b>82</b>	<b>7</b>	<b>89</b>	
<b>MEDIDA CAUTELAR</b>	<b>48</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	4 Segredo de Justiça <sup>31</sup>
<b>TOTAL GERAL</b>	194	10	204	

Fonte: Dados de pesquisa (2023).

<sup>31</sup> Processos em segredo de justiça são aqueles cujo acesso aos autos e às informações fica restrito às partes envolvidas, seus advogados e, quando necessário, a determinados órgãos ou autoridades que participem do feito. A previsão legal encontra-se, principalmente, no art. 189 do Código de Processo Civil (CPC).

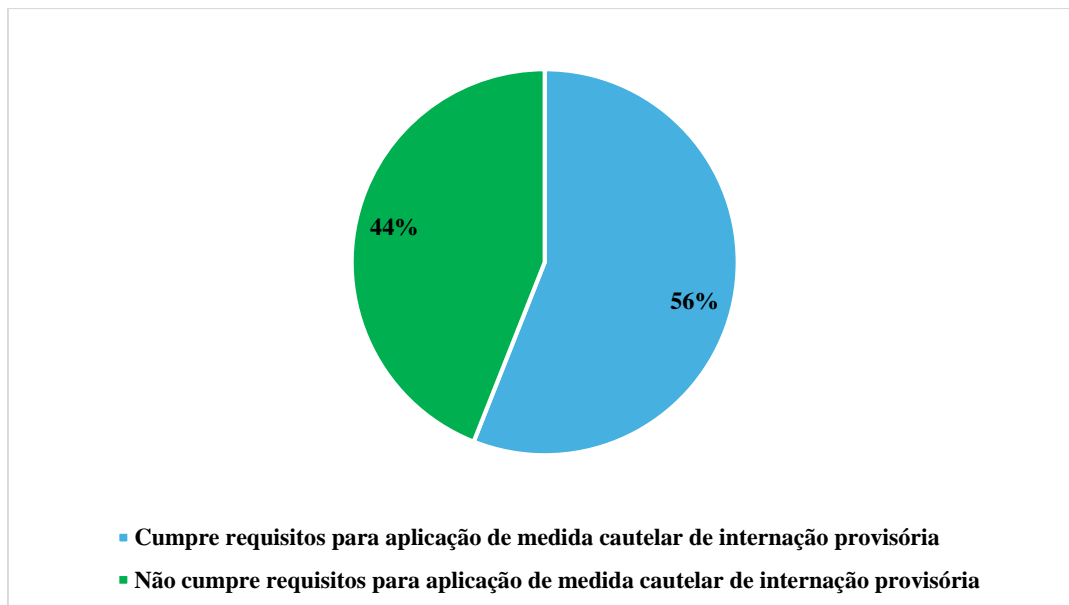
**Gráfico 7 – População de internos no HCTP em agosto de 2023**

Fonte: Dados de pesquisa (2023).

É possível observar o aumento da população para 204 pessoas, sendo 194 homens e 10 mulheres, dentre os quais, 115 pessoas (112 homens e 3 mulheres) são presos provisórios e 89 (82 homens e 7 mulheres) cumprem medida de segurança. Entre os provisórios, tem-se um total de 50 que estão sob decreto de medida cautelar de internação provisória, 48 homens e 2 mulheres, e, ainda neste grupo, tem-se quatro que respondem a processo em segredo de justiça. Chega-se, desta maneira, a um total de 46 pessoas, cujos processos foram estudados. Dentro da perspectiva da metodologia escolhida, foram sorteados 16 pacientes, um quantitativo de 35% do público total, por notação científica.

Como dito, objetiva-se, no presente estudo, analisar as circunstâncias das decisões que decretaram as medidas cautelares de internação provisória, de maneira a identificar se os requisitos legais foram, ou não, observados pelo Poder Judiciário. Neste sentido, foram levantados os dados adiante apresentados, comentados e, ao final, analisados.

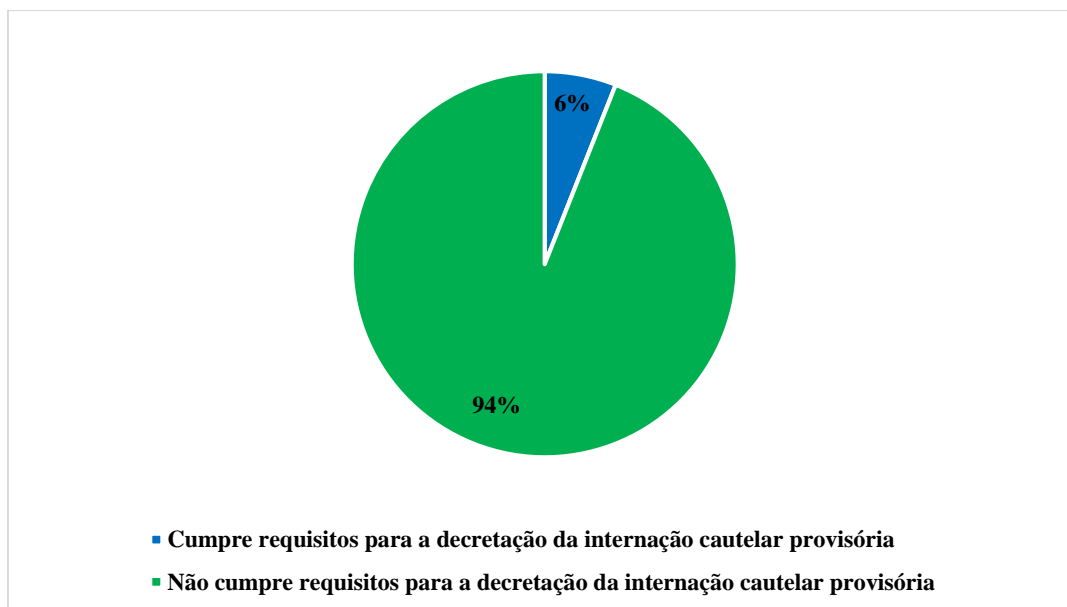
**Gráfico 8** – Presos com preenchimento dos requisitos para aplicação de medida cautelar de internação provisória - agosto de 2023



Fonte: Dados de pesquisa (2023).

À aplicação de medida cautelar de internação provisória, mister se faz a comprovação de que as circunstâncias fáticas, de ordem objetiva, preenchem requisitos para a decretação da prisão preventiva. Para esta finalidade, e para não adentrar critérios de ordem subjetiva, como garantia da ordem pública e garantia da ordem social, optou-se por avaliar requisitos associados com o tipo do delito praticado pelo custodiado e a sua primariedade. Por estes critérios, identificou-se que 56% dos casos, ou seja, 9 dos 16 casos estudados, de fato, preenchiam estes requisitos, a fundamentarem a prisão preventiva do agente. Contudo, 44% não preenchiam estes requisitos, o que será, mais adiante, objeto de análise.

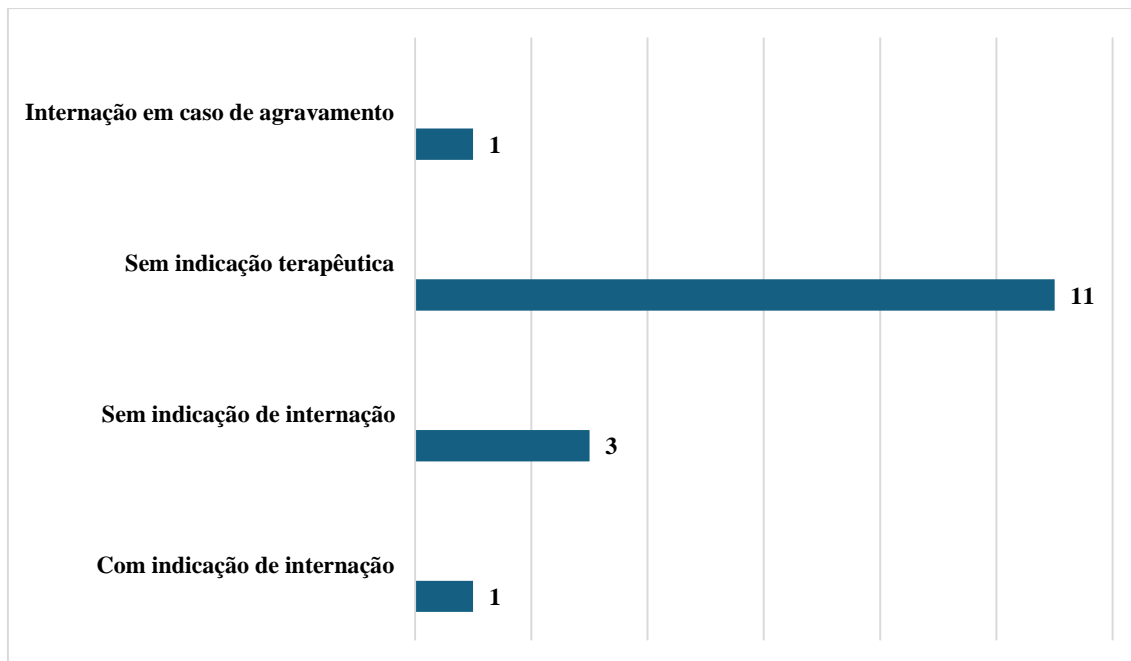
**Gráfico 9** – Presos com preenchimento dos requisitos para a decretação da internação cautelar provisória - agosto de 2023



Fonte: Dados de pesquisa (2023).

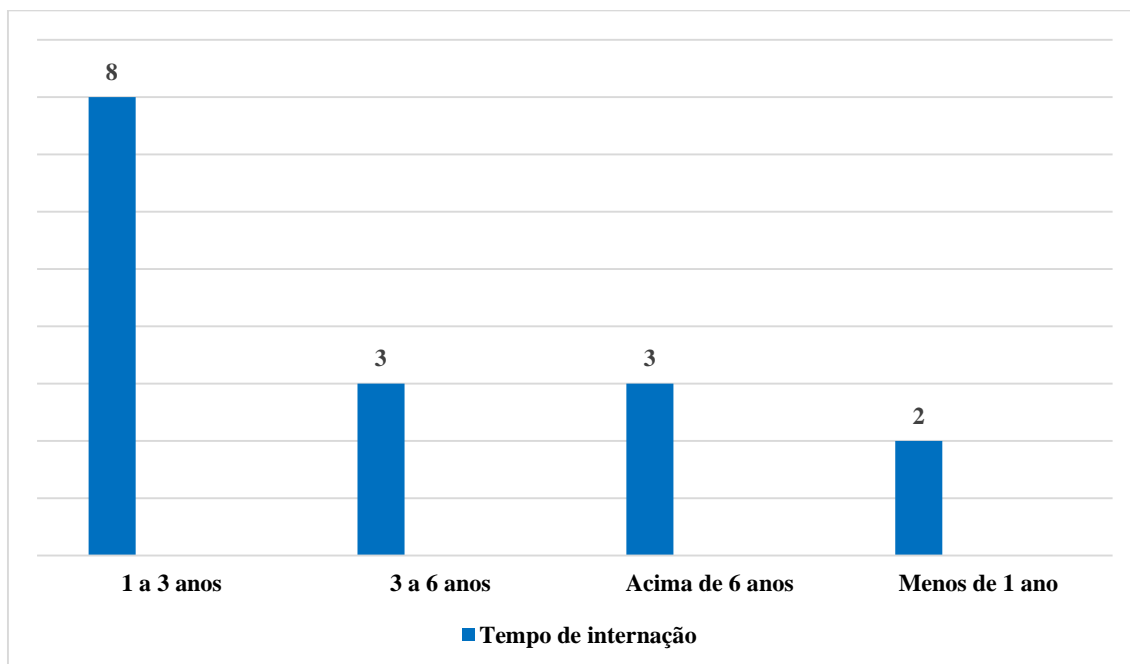
A variável mais discrepante deste estudo aparece neste dado, que se refere ao preenchimento dos requisitos para a decretação da internação cautelar provisória, prevista no artigo 319, VII do CPP, haja vista que apenas 1, dentre os 16 casos estudados, cumpriu, integralmente, todos os requisitos. Em 94%, ou seja, 15 casos não houve esta observância, seja em razão do delito praticado pelo custodiado, seja por não existir perícia anterior à decretação da internação no HCTP, seja para declarar a inimputabilidade, ou semi-imputabilidade, do acusado, seja para demonstrar o risco de reiteração da conduta ilícita.

**Gráfico 10** – Presos com cautelar de internação provisória - indicação de internação - agosto de 2023



Fonte: Dados de pesquisa (2023).

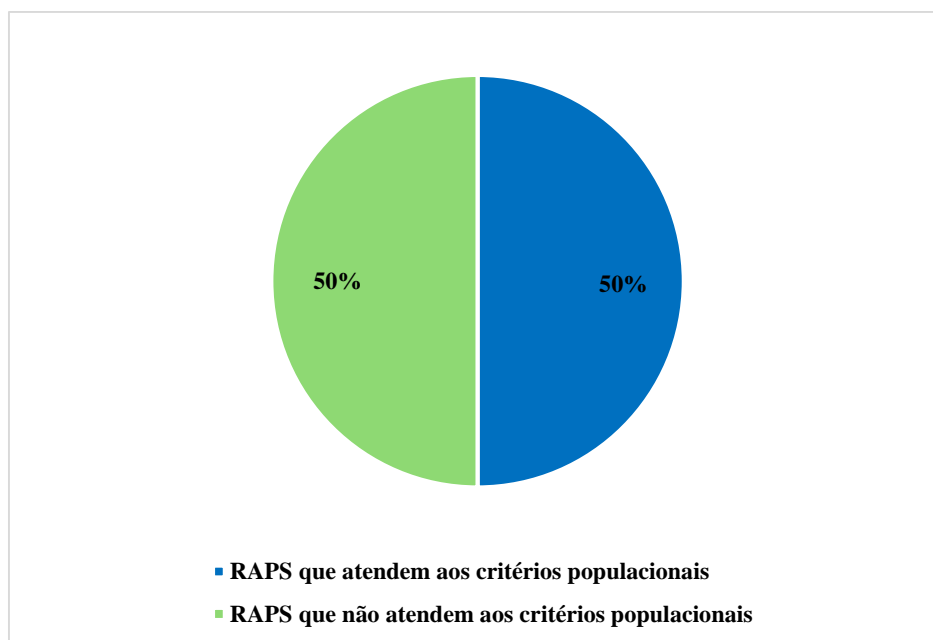
Seguindo nessa lógica, observa-se que dos 16 casos observados, apenas 1 deles aponta a internação como tratamento ao paciente, e mais 1 que indica que, após a estabilização, a internação não será mais necessária. Não obstante, todos os 16 pacientes foram, e permaneceram, internados, por períodos diversos, havendo aqueles que permanecem custodiados no HCTP, por não terem equipamentos público adequados para recebê-los, uma vez que não foram acolhidos pelas famílias ou pelas comunidades.

**Gráfico 11** – Presos com cautelar de internação provisória - tempo de internação - agosto de 2023

Fonte: Dados de pesquisa (2023).

Seguindo o estudo, identificou-se que, dos 16 casos estudados, apenas 2 ficaram internados no HCTP por período inferior a 1 ano, metade, isto é, 8 internos, permaneceu custodiado por período intermediário entre 1 e 3 anos, 3 ficaram custodiados entre 3 e 6 anos, e, por fim, 3 pessoas permaneceram presas por período superior a 6 anos. Lembrando que estes pacientes não estavam em cumprimento de medida de segurança, que não possui prazo máximo para cumprimento, mas deve haver a avaliação periódica para comprovação da necessidade de sua manutenção. Nestes casos, tem-se 6 pessoas que ficaram internadas por período superior acima de 3 anos, sem sentença, sem reavaliação periódica.

**Gráfico 12** – RAPS que atendem aos critérios populacionais, segundo os municípios de origem dos presos com cautelar de internação provisória - agosto de 2023

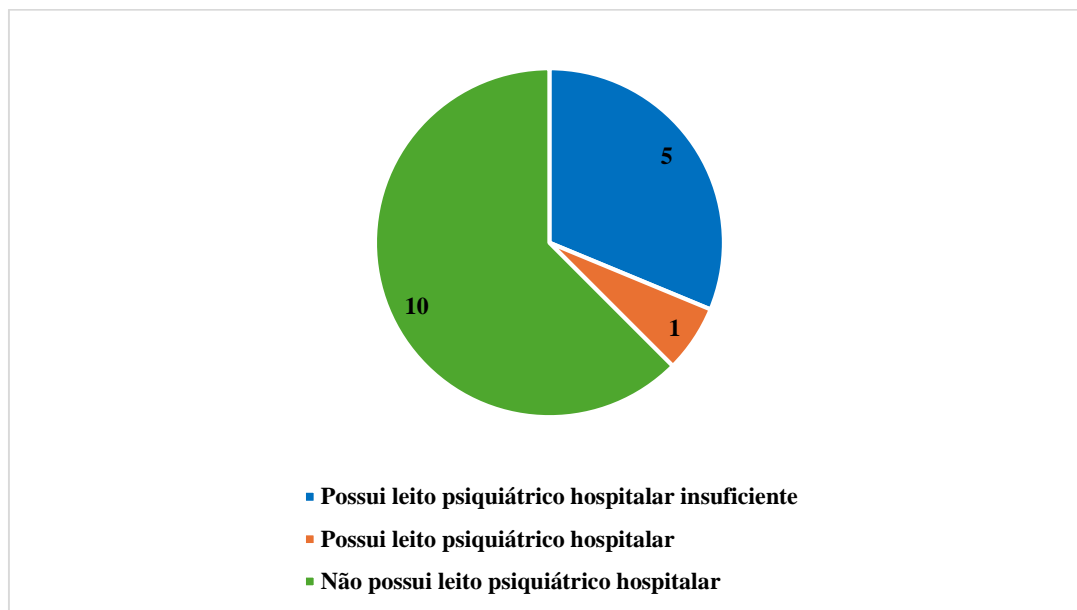


Fonte: Dados de pesquisa (2023).

Dentre os municípios de origem dos pacientes, cujos processos foram analisados, metade não atendia aos critérios populacionais na implementação da Rede de Atenção Psicossocial. Dentre os casos, foram identificados municípios de portes diversos, cujos critérios populacionais, em tese, deveriam, se atendidos, dar o suporte necessário às pessoas com transtorno mental, de forma a obstar que compusessem a população do HCTP da Bahia.

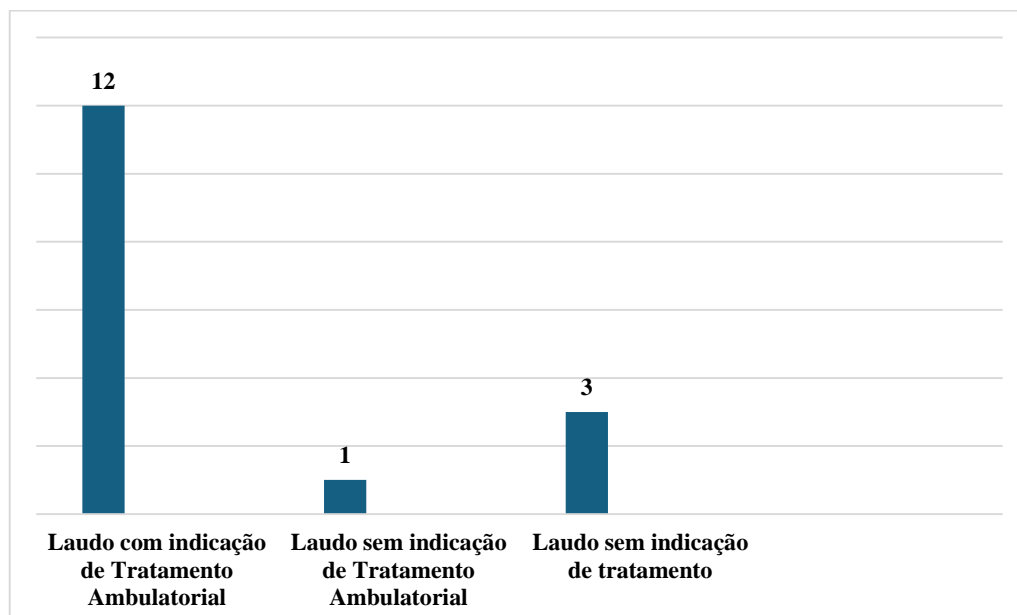
Outro dado discrepante identificado na pesquisa foi o vazio assistencial na RAPS do Estado da Bahia, haja vista que, quanto ao critério de existência de leito psiquiátrico de referência nas macrorregionais de saúde identificadas, 62,5% não os possuía, 31,5% eram insuficientes e, apenas 1 macrorregional atendia aos critérios populacionais (Vide Gráfico 13).

**Gráfico 13** – Leito psiquiátrico hospitalar de referência nas RAPS, segundo as macrorregionais de saúde identificadas a partir da origem dos presos com cautelar de internação provisória - agosto de 2023



Fonte: Dados de pesquisa (2023).

**Gráfico 14** – Presos com Cautelar de Internação Provisória – laudos com indicação de Tratamento Ambulatorial - agosto de 2023



Fonte: Dados de pesquisa (2023).

Mais um dado discrepante, embora não inesperado, é o fato de identificar que dos 16 casos estudados, apenas 1, após a realização da perícia no Incidente de Insanidade Mental, não teve a indicação de tratamento ambulatorial, em razão da dificuldade de

estabilização do paciente, ou, talvez, por não ter-se alcançada a terapia indicado ao caso, tema este que foge ao objeto da pesquisa.

## 6.2 DADOS DOS INTERNOS NOS PROCESSOS JUDICIAIS

### **Internado 01 (I-01)**

O caso de I-01 apresenta uma complexa interação entre os elementos do sistema penal e as garantias previstas para o atendimento de pessoas com transtornos mentais, evidenciando lacunas significativas na abordagem de pessoas em situação de vulnerabilidade.

I-01 foi autuado em flagrante por tentativa de homicídio contra um investigador da Polícia Civil, com a acusação sustentada pela apreensão de uma faca e de uma pedra, objetos supostamente usados no crime. O flagrante foi homologado e convertido em prisão preventiva, o que inicialmente desconsiderou o histórico psiquiátrico do acusado, evidenciado pela sua declaração desconexa e pelos relatos de comportamento delusório. A decisão inicial, que ignorou os sinais evidentes de transtorno mental, contraria o princípio da dignidade e da proteção integral previsto no ordenamento jurídico brasileiro.

Durante a audiência de custódia, a defesa requereu a instauração do incidente de insanidade mental, considerando que o comportamento do acusado denotava incapacidade de entendimento e autodeterminação. O Ministério Público concordou com o pedido, e o juiz converteu a prisão preventiva em internação provisória no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), conforme o art. 319, VII, do CPP. Esta decisão representou uma retificação ao considerar a saúde mental, mas foi tardia em sua implementação, uma vez que sinais de transtorno mental estavam presentes desde a prisão.

O exame de sanidade mental realizado em novembro de 2018 apontou que I-01 era portador de um transtorno mental grave e incapaz de entender o caráter ilícito de seus atos. Esse laudo fundamentou o pedido do Ministério Público para a aplicação de medida de segurança, mostrando a necessidade de uma abordagem psiquiátrica ao invés de uma pena punitiva. A conclusão do exame evidenciou que a internação no HCT, para tratamento psiquiátrico, era necessária para a estabilidade e a segurança do acusado.

Ao longo das audiências, a Defensoria Pública solicitou que o HCT fornecesse detalhes sobre o tipo de tratamento adequado para o quadro clínico do acusado, o que é fundamental para garantir que o tratamento respeite os princípios da Lei 10.216/2001,

que prioriza medidas ambulatoriais antes da internação integral. Apesar de essas audiências terem garantido o mínimo de proteção ao direito de defesa, houve uma demora em obter informações sobre o tratamento, comprometendo a efetividade da medida de segurança aplicada.

O juiz, ao analisar o conjunto probatório, concluiu pela absolvição sumária de I-01 com aplicação de medida de segurança, fundamentando-se na inimputabilidade. A Defensoria Pública, no entanto, apresentou apelação argumentando que a autoria do delito não estava suficientemente comprovada, especialmente devido à ausência de depoimentos cruciais e à falta de um laudo pericial dos objetos apreendidos.

O Tribunal de Justiça da Bahia acolheu a apelação e anulou a sentença de absolvição sumária, determinando o prosseguimento do julgamento. Posteriormente, o relatório do HCT, emitido em novembro de 2020, indicou a cessação de periculosidade de I-01 e recomendou sua transferência para uma residência terapêutica vinculada ao CAPS, seguindo a diretriz da desinternação progressiva. Esse encaminhamento reforça a necessidade de um tratamento menos restritivo, conforme estipulado pela Lei 10.216/2001.

Em 2023, o Conselho de Sentença acolheu o pedido defensivo, julgando improcedente a ação penal e absolvendo I-01 de todas as acusações. A sentença final determinou que fossem assegurados os direitos do acusado, eliminando a necessidade de restrições de liberdade e estabelecendo medidas que garantam o seu tratamento psiquiátrico adequado.

A análise de diversos casos semelhantes permite identificar um padrão de inadequação na abordagem judicial e de saúde mental para pessoas com transtornos mentais no sistema de justiça criminal. Destacam-se os seguintes pontos em comum: a maioria dos casos apresenta decisões judiciais que inicialmente desconsideraram a condição de saúde mental dos acusados. Só após a audiência de custódia, em muitos casos, a defesa consegue instaurar o incidente de insanidade mental, ainda que houvesse indícios prévios. Essa conversão tardia resulta em restrições de liberdade inadequadas e compromete a recuperação dos pacientes.

Os exames de sanidade mental, quando realizados, confirmam a incapacidade dos acusados para entenderem o caráter ilícito dos seus atos, mas são conduzidos com atraso, o que prolonga a estadia dos acusados em unidades inadequadas. Essa demora compromete a aplicação das diretrizes da Lei 10.216/2001, que prevê tratamento

prioritário em unidades de saúde mental, e expõe os acusados a riscos adicionais, como a manutenção em presídios sem suporte adequado.

Em muitos dos casos, a assistência jurídica é limitada ou tardia, dificultando a apresentação de defesa adequada. A atuação da Defensoria Pública é frequentemente solicitada após o início do processo, o que evidencia a vulnerabilidade dos acusados, que não têm acesso rápido a um curador ou defensor para garantir que seus direitos processuais e de saúde sejam respeitados.

As medidas de segurança aplicadas muitas vezes desconsideram a opção de tratamento ambulatorial, conforme previsto pela Lei 10.216/2001. Em vez disso, a internação em hospitais de custódia é aplicada indiscriminadamente, perpetuando um modelo de encarceramento inadequado para o tratamento psiquiátrico e agravando a vulnerabilidade dos pacientes.

Os casos analisados evidenciam que os hospitais de custódia não dispõem de um sistema estruturado para a desinternação gradual e a reintegração social dos pacientes, prejudicando a efetividade da medida de segurança. Muitos laudos médicos indicam que o CAPS ou uma residência terapêutica seria mais adequado para o acompanhamento do paciente, mas a falta de vagas e de estrutura faz com que muitos permaneçam em custódia.

### **Internado 02 (I-02)**

O caso de I-02 expõe diversas falhas no manejo jurídico e de saúde mental, com graves repercussões na proteção dos direitos do paciente e no cumprimento das normas estabelecidas na Lei 10.216/2001, no Código de Processo Penal (CPP) e na legislação de proteção à pessoa com transtornos mentais. I-02 foi preso em flagrante por roubo simples, sem porte de arma, e, apesar de histórico psiquiátrico documentado e informações da família sobre sua condição de saúde mental, a primeira decisão judicial não levou em conta essa condição. A prisão preventiva foi convertida sem avaliação sobre a necessidade de tratamento especializado. A decisão de 08/11/2022 desqualificou um laudo psiquiátrico anterior, o que impediu uma análise criteriosa da saúde mental do paciente e foi contra as recomendações da Lei 10.216/2001, que determina o tratamento prioritário para pessoas com transtornos mentais.

Na audiência de custódia, em 10/11/2022, a prisão preventiva foi finalmente revista para internação provisória conforme o art. 319, VII, do CPP. Essa decisão representou um avanço na direção de tratamento médico adequado, mas foi uma medida

tardia, pois o relatório médico já indicava a crise do paciente antes de sua prisão. O Ministério Público solicitou a instauração de um Incidente de Sanidade Mental (ISM) e uma internação compulsória, embora sem fundamentar o pedido no art. 319, VII, do CPP, demonstrando novamente a falta de observância das diretrizes processuais. O laudo de sanidade mental confirmou um histórico psiquiátrico de mais de dez anos e apontou que o uso de crack agravou o quadro, mas não indicou um plano de tratamento terapêutico adequado para o paciente, o que dificulta o cumprimento das diretrizes de tratamento progressivo e ambulatorial determinadas pela legislação.

Em 15/09/2023, o juiz determinou o encaminhamento do paciente para tratamento ambulatorial, mas a decisão não esclareceu se essa conversão se tratava de uma medida cautelar ou de uma medida de segurança. Essa omissão compromete a estruturação do tratamento e a continuidade de cuidados específicos, expondo o paciente à vulnerabilidade. A certidão de óbito do paciente foi anexada aos autos em 22/07/2024, informando que I-02 foi vítima de homicídio em 09/04/2024, durante o cumprimento da medida de tratamento. Essa tragédia sublinha a precariedade do acompanhamento e a vulnerabilidade a que pessoas com transtornos mentais são expostas em ambientes inadequados para suas necessidades de proteção e cuidado.

Observa-se um padrão recorrente de falhas institucionais e processuais nos casos analisados, comprometendo a proteção legal e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Em todos os casos, há uma aplicação insuficiente das normas de proteção à saúde mental. A internação provisória em unidades prisionais ou hospitalares é constantemente empregada como a primeira alternativa, ignorando o princípio de atendimento ambulatorial previsto na legislação. Há pouca consideração da Resolução 487/2023, que determina a aplicação de alternativas de menor restrição. As quesitações frequentemente se limitam ao diagnóstico, sem detalhar o tipo de tratamento necessário, contrariando as diretrizes da legislação. A ausência de quesitos sobre o tratamento adequado resulta em uma avaliação parcial e desfavorece o paciente, que é mantido em condições de privação de liberdade mesmo em quadros de crise psiquiátrica.

As conversões de prisão preventiva para internação provisória são realizadas sem atender plenamente os requisitos legais do art. 319, VII, do CPP. Em vários casos, a medida é tomada sem avaliação psiquiátrica prévia, com base em um conceito abstrato de “risco à sociedade” e sem buscar alternativas de acompanhamento pelo CAPS. A ausência de assistência jurídica qualificada e a falta de atuação da Defensoria Pública prejudicam o exercício de defesa dos pacientes. Em vários casos, como o de I-02, a

família solicitou ajuda de assistência jurídica municipal, mas a defesa especializada só foi acionada posteriormente. Nos casos em que houve defensores dativos, houve insuficiência em apontar as omissões processuais e propor alternativas de cuidado.

O uso do HCT para cumprimento de pena privativa de liberdade é uma prática indevida e contrária ao seu propósito de instituição de internação cautelar. Em alguns casos, os pacientes permaneceram sob custódia nesses hospitais sem o acompanhamento ambulatorial adequado, configurando uma violação aos princípios de tratamento contínuo e ao direito à saúde. A demora excessiva nas perícias e o atraso no fornecimento de laudos agravam as condições de saúde dos pacientes e perpetuam o estado de vulnerabilidade no sistema penal. A ausência de estrutura e a falta de continuidade no atendimento psiquiátrico refletem uma inadequação do sistema para gerenciar casos de crise psiquiátrica.

A morte de I-02 e os ferimentos graves em outros casos evidenciam o risco adicional a que estão expostos os pacientes em custódia. A ausência de proteção adequada e o tratamento em ambientes sem estrutura de segurança para pacientes psiquiátricos comprovam a vulnerabilidade a que eles são submetidos.

### **Internado 03 (I-03)**

Este caso apresenta sérias falhas processuais e institucionais, com impacto direto na proteção dos direitos do paciente e no cumprimento dos princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001, o Código de Processo Penal e a legislação internacional de proteção à pessoa com transtorno mental.

Após o delito, o paciente foi preso em flagrante e espancado pela população antes de ser ouvido na delegacia. Desde o início, o histórico de uso de drogas e a interrupção de medicamentos foram evidentes, mas não houve uma avaliação adequada do estado de saúde mental. As informações familiares sobre a saúde mental do acusado, que indicavam agravamento progressivo do quadro psiquiátrico, não foram utilizadas para instaurar um Incidente de Sanidade Mental nesse momento inicial.

Somente após a intervenção do defensor dativo, foi requerida a instauração de ISM, que foi concedida em 18/12/2019. No entanto, a quesitação formulada pelo Ministério Público não abordou o tipo de tratamento necessário para o paciente, limitando-se ao diagnóstico. Tal omissão descumpra a Resolução 487/2023 do CNJ, que

exige a consideração de alternativas ao encarceramento para pessoas com transtornos mentais.

O paciente foi transferido para o Conjunto Penal de Barreiras e passou a receber cuidados precários enquanto aguardava avaliação psiquiátrica. A instituição informou que ele estava adaptado ao ambiente prisional, mas sugeriu a transferência para o Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) sem a realização da perícia. A perícia foi adiada várias vezes devido à pandemia e à falta de estrutura adequada.

A prisão preventiva foi reiterada em várias ocasiões sem considerar alternativas de tratamento fora do sistema penal, apesar das evidências de transtorno mental e da recomendação de encaminhamento ao HCT. Após a perícia em Barreiras, que descreveu um quadro de transtorno de personalidade e agressão sofrida pelo paciente, foi solicitada sua internação provisória com base na periculosidade supostamente apresentada.

A internação provisória no HCT foi decretada em 19/05/2021 com base no art. 319, VII, do Código de Processo Penal, visando conter supostos riscos à comunidade. Durante o processo, o laudo psiquiátrico foi realizado, recomendando tratamento ambulatorial. Contudo, a defesa e o MP apresentaram requerimentos divergentes: a defesa solicitou a manutenção do paciente no HCT, enquanto o MP pediu medidas de segurança.

No julgamento realizado em 24/11/2022, o réu foi condenado a dez anos de prisão em regime fechado, sem reconhecimento da semi-imputabilidade, e a execução da pena foi determinada no HCT. Essa decisão é contestável, pois o local deveria ser destinado à internação cautelar e medidas de segurança, não à execução de pena privativa de liberdade.

Em 07/12/2023, o Ministério Público manifestou-se favorável à conversão da medida de internação provisória em tratamento ambulatorial no CAPS, sugerindo uma reavaliação do estado do paciente e reconhecimento de seu direito ao tratamento adequado, conforme as diretrizes da Lei 10.216/2001.

Após revisar os casos apresentados, algumas falhas comuns e questões estruturais emergem, haja vista que em todos os casos, houve uma falta generalizada de conformidade com as normas de saúde mental. Alternativas como o tratamento ambulatorial no CAPS foram repetidamente ignoradas, favorecendo custódias prolongadas em unidades prisionais ou HCTs, desrespeitando o direito dos pacientes a receber tratamentos menos restritivos.

Os ISMs foram instaurados tardiamente, com quesitações incompletas que falharam em abordar o tipo de tratamento adequado, contrariando as diretrizes da

legislação e as recomendações internacionais. Em muitos casos, as necessidades terapêuticas e o tipo de cuidado foram ignorados, prejudicando a saúde e o bem-estar dos custodiados.

A maioria dos casos apresentou conversões de prisão preventiva para internações provisórias sem observância dos requisitos legais estabelecidos pelo art. 319, VII, do CPP. O uso inadequado da internação provisória revela a ausência de avaliação psiquiátrica fundamentada e o tratamento de transtornos mentais como um risco abstrato à sociedade.

A ausência de assistência jurídica ou a nomeação tardia de defensores dativos e curadores especiais limitou o direito de defesa dos custodiados. Nos casos em que a Defensoria Pública atuou, verificou-se uma postura mais ativa na defesa dos direitos dos pacientes. No entanto, a falta de Defensoria Pública em várias comarcas afetou a qualidade do atendimento jurídico e o cumprimento de direitos fundamentais.

Observa-se que o HCT, que deveria ser uma unidade de apoio à saúde mental, foi utilizado como local de cumprimento de pena, contrariando seu propósito de oferecer um espaço de internação cautelar e de aplicação de medidas de segurança. A permanência de custodiados no HCT para cumprimento de pena, como no caso mais recente, é uma violação aos princípios da Lei 10.216/2001 e ao Código Penal, que destinam essas unidades a tratamentos temporários.

A demora na realização de perícias e a reavaliação dos quadros psiquiátricos impactaram negativamente o andamento processual e a saúde mental dos pacientes. A pandemia exacerbou essa questão, com adiamentos e falta de infraestrutura, mas o sistema mostrou-se despreparado para gerenciar o tempo de custódia adequado para pessoas em crise psiquiátrica.

Essa análise comparativa demonstra um padrão sistemático de tratamento inadequado para pessoas com transtornos mentais no sistema de justiça penal.

#### **Internado 04 (I-04)**

O caso de I-04 apresenta uma série de questões críticas em relação à condução do processo penal de pessoas com transtornos mentais, em que as normas previstas na Lei 10.216/2001, no Código de Processo Penal (artigos 311 e 319) e na Resolução 487/2023 do CNJ foram desconsideradas em diferentes etapas. Desde o flagrante até a decisão judicial de internação no HCTP, houve omissões significativas no que diz respeito ao

tratamento e à avaliação da condição mental do paciente, resultando em graves consequências para seus direitos e saúde.

I-04 foi preso em flagrante por lesão corporal dolosa, dano qualificado, resistência e posse de arma branca, após uma suposta situação de cárcere privado e agressões contra policiais. Na abordagem, os policiais usaram força moderada e munição não letal, o que resultou em lesões graves, incluindo uma fratura exposta de fíbula. Entretanto, essas lesões foram ignoradas no relatório policial, sendo um claro descaso com o direito de I-04 à integridade física. Essa omissão demonstra um manejo inadequado da prisão, visto que o próprio relatório mencionava seu estado de saúde mental, mas não houve nomeação imediata de um defensor ou curador especial para representá-lo.

A prisão em flagrante foi convertida em prisão preventiva sem uma análise adequada da condição mental do paciente, violando a Lei 10.216/2001 e a Resolução 487/2023, que orientam para uma abordagem menos restritiva. O Ministério Público e o Judiciário ignoraram a possibilidade de medidas alternativas, como a internação cautelar do artigo 319, VII, do CPP. A conversão da prisão preventiva em internação provisória no HCTP, sem avaliação psiquiátrica prévia, representa um descumprimento dos requisitos legais e configura uma privação de liberdade desproporcional ao quadro clínico do paciente.

A internação provisória de I-04 foi decidida sem fundamentação suficiente, baseada em pareceres médicos limitados e documentos antigos. A decisão judicial sobre a internação no HCTP não especificou o tipo de tratamento necessário, ignorando o direito do paciente a um tratamento adequado. O Ministério Público e a defesa não questionaram o tipo de abordagem terapêutica a ser adotada, o que resultou em um longo período de custódia sem a consideração das terapêuticas mais apropriadas, em clara violação da Lei 10.216/2001.

O laudo do incidente de sanidade mental, que apontou a inimputabilidade e indicou a necessidade de tratamento ambulatorial com internação apenas em casos de crises agudas, foi apresentado em 2023, quase um ano após a prisão de I-04. Esse atraso reflete uma falha grave na garantia de seus direitos processuais e de saúde. Além disso, a falta de quesitação adequada para determinar o tipo de tratamento limitou as opções para o paciente, reforçando a tendência de custódia em ambientes de alta restrição.

A defesa apresentou quesitos no incidente de insanidade mental sem questionar o tipo de tratamento necessário. A atuação limitada do curador nomeado e a ausência de

uma defesa robusta comprometeram o direito de I-04 a uma defesa completa e informada, resultando na manutenção da internação provisória.

Em todos os casos analisados, até então, observa-se uma tendência de manter os pacientes em custódia por períodos prolongados, com pouca ou nenhuma reavaliação de seu estado clínico. A falta de um acompanhamento contínuo e a ausência de medidas de revisão periódica de internação configuram um tratamento inadequado que agrava o estado de saúde dos custodiados, contrariando o previsto na Lei 10.216/2001 e nos princípios de tratamento humanizado.

A Resolução 487/2023 orienta para um tratamento ambulatorial e menos restritivo, mas sua aplicação foi negligenciada em todos os casos. Nos processos de I-05, I-04 e outros, o Judiciário não seguiu as orientações de priorizar o atendimento ambulatorial, resultando em uma violação dos direitos fundamentais de pessoas com transtornos mentais.

Em todos os casos, inclusive no de I-04, a atuação da defesa foi limitada. As quesitações apresentadas pela defesa e pelo Ministério Público nos incidentes de sanidade mental não mencionaram o tipo de tratamento, comprometendo a análise sobre o tratamento adequado e o direito ao atendimento especializado. A ausência de uma defesa eficaz compromete a garantia de um processo justo e o tratamento digno.

A análise dos casos mostra um padrão de inadequação na condução de processos envolvendo pessoas com transtornos mentais no sistema de justiça criminal. A falta de observância das legislações e resoluções vigentes aponta para uma necessidade urgente de revisão dos protocolos e de capacitação dos profissionais envolvidos. A desconsideração de normas e a ausência de tratamento específico reforçam o estigma e a exclusão de pessoas com transtornos mentais, colocando em risco seus direitos fundamentais.

### **Internado 05 (I-05)**

O caso de I-05 levanta questões críticas sobre o manejo jurídico e psiquiátrico de indivíduos com transtornos mentais em situação de conflito com a lei. Desde o início, o tratamento de sua condição mental foi conduzido sem a observância de dispositivos legais fundamentais, incluindo a Lei 10.216/2001 e a Resolução 487/2023 do CNJ, o que teve implicações diretas para os seus direitos e a proteção de sua saúde.

Após se entregar à delegacia confessando um homicídio, I-05 foi preso em flagrante. Contudo, devido a sua condição aparente de transtorno mental, ele não foi ouvido e não foi designado curador. A falta de curador comprometeu a assistência jurídica inicial, o que é uma violação dos direitos do réu, especialmente em casos em que há sinais evidentes de transtorno mental.

A nomeação de um curador especial para acompanhamento adequado desde o início teria assegurado uma defesa efetiva, fundamental para a proteção de seus direitos. A ausência desse procedimento inicial adequadamente comprometeu o acesso de I-05 a um tratamento legal justo e condizente com seu estado de saúde mental.

O Ministério Público requisitou um Incidente de Sanidade Mental (ISM) após a prisão, mas a quesitação limitou-se ao diagnóstico sem considerar possíveis tratamentos, ignorando a Lei 10.216/2001 e as diretrizes sobre direitos das pessoas com transtornos mentais. Em 2022, mesmo após o reconhecimento do excesso de prazo e a concessão de liberdade provisória, a mãe de I-05 relatou ameaças de morte, o que levou à decretação de uma nova internação provisória, baseada exclusivamente em um relato pessoal.

A decisão judicial determinando sua internação no HCTP para “garantir o bem psicossocial” e prevenir novos delitos não apresentou laudos médicos atuais e concretos que comprovassem a periculosidade do acusado. Esse procedimento evidencia uma falha no fluxo correto, que deveria envolver uma avaliação psiquiátrica completa com o foco em alternativas menos restritivas, como tratamento ambulatorial ou acompanhamento pelo CAPS.

Após o retorno à prisão, a defesa pública interveio, mas o processo permaneceu paralisado. O laudo de sanidade mental apresentado apenas em setembro de 2024 declarou I-05 inimputável e recomendou tratamento ambulatorial. Essa recomendação, porém, foi desconsiderada por um longo período, mantendo o acusado sob internação e em custódia, o que contraria o princípio de tratamento adequado e de menor restrição previsto na legislação de saúde mental.

A falta de suporte adequado do CAPS e a permanência de I-05 no HCTP sem o acompanhamento psicossocial necessário para casos de crise agravaram sua condição. A ausência de tratamento ambulatorial, como o recomendado pelo laudo, impediu que ele recebesse um cuidado que equilibrasse suas necessidades de saúde com a liberdade supervisionada.

A Lei 10.216/2001 e a Resolução 487/2023 do CNJ, que garantem o direito a tratamento menos restritivo e priorizam o atendimento ambulatorial, não foram aplicadas

em nenhum momento do processo de I-05. Essas normas orientam o sistema de justiça a atuar em parceria com os serviços de saúde mental, o que não foi considerado em seu caso.

A internação prolongada no HCTP sem revisão periódica do quadro clínico e sem alternativa de tratamento ambulatorial desrespeita o princípio de proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais e o acesso a um atendimento humanizado e inclusivo.

A comparação do caso de I-05 com os casos anteriores revela um padrão de tratamento inadequado e desrespeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais no sistema de justiça. As falhas apontadas indicam que o sistema jurídico e de saúde mental carece de protocolos eficazes para proteger os direitos e fornecer tratamento adequado para esse grupo.

Em vários casos, incluindo o de I-05, o ISM foi instaurado, mas a quesitação focou apenas no diagnóstico, sem perguntar sobre o tipo de tratamento. Isso também foi observado nos casos de I-08 e I-10, adiante analisados, indicando um despreparo em integrar uma visão médica e terapêutica no processo penal.

Essa limitação compromete o direito de defesa e o princípio da individualização da pena, pois as quesitações e os laudos são ferramentas fundamentais para a decisão judicial em relação ao tratamento e custódia desses indivíduos.

O uso da internação provisória foi aplicado indiscriminadamente, sem priorização do tratamento ambulatorial. A Lei 10.216/2001 orienta que a internação seja utilizada apenas como último recurso. Nos casos de I-05 e I-06, a internação no HCTP foi determinada sem que houvesse uma avaliação periódica ou consideração de alternativas menos restritivas.

Essa prática contraria a legislação de saúde mental e o princípio de tratamento digno, uma vez que os réus foram mantidos em custódia por longos períodos sem avaliação de sua condição clínica e de periculosidade.

A falta de articulação entre o Judiciário e os serviços de saúde mental, especialmente o CAPS, é recorrente em todos os casos analisados. No caso de I-05, o CAPS informou a baixa adesão ao tratamento, mas não houve uma articulação para manter o paciente em um ambiente seguro e de apoio psicossocial. A rede de apoio deveria ter atuado em conjunto com o Judiciário para garantir um tratamento ambulatorial contínuo e evitar a internação prolongada.

A comparação evidencia que o sistema de justiça frequentemente ignora o Estatuto da Pessoa com Deficiência e as normas internacionais de direitos humanos. A privação de liberdade de I-05 e de outros réus com transtornos mentais sem uma justificativa clínica concreta contraria o direito a um tratamento digno e o princípio de liberdade assistida.

A análise comparativa do caso de I-04 com os demais casos apresenta um padrão sistemático de violações e omissões no tratamento de pessoas com transtornos mentais no sistema penal, evidenciando uma inadequação na aplicação da legislação de saúde mental e processual penal. Ausência de Avaliação Psiquiátrica Adequada e demora no Incidente de Sanidade Mental é um dos fatores identificados; casos como os de I-05 e I-04 apresentam uma demora significativa na realização do ISM, resultando em privações prolongadas de liberdade e agravamento do quadro clínico dos pacientes. A omissão da questão do tratamento adequado no incidente é recorrente, com quesitações incompletas que desconsideram as opções de terapias menos restritivas e ignoram os protocolos da Lei 10.216/2001 e da Resolução 487/2023.

A conversão da prisão em flagrante em preventiva foi feita sem análise dos requisitos legais em vários casos, como o de I-04 e I-05. A ausência de fundamentação e a falta de alternativas como a internação cautelar no CAPS demonstram um uso desproporcional do sistema prisional, negligenciando as alternativas menos restritivas.

A análise do caso de I-05 e dos casos anteriores destaca a necessidade urgente de uma revisão no manejo de pessoas com transtornos mentais no sistema penal, incluindo a aplicação da Lei 10.216/2001, o Estatuto da Pessoa com Deficiência e a Resolução 487/2023 do CNJ. Esses casos ilustram falhas sistemáticas que comprometem o direito ao tratamento adequado e à defesa justa.

### **Internado 06 (I-06)**

O caso de I-06 levanta questões críticas sobre o manejo jurídico e psiquiátrico de indivíduos com transtornos mentais em situação de conflito com a lei. Desde o início, o tratamento de sua condição mental foi conduzido sem a instauração de um Incidente de Sanidade Mental (ISM), seguindo um fluxo processual em ação cautelar cível, o que levou a consequências criminais e à aplicação de medidas restritivas de liberdade.

A internação compulsória de I-06 foi decretada com base na Lei 10.216/2001, sem o respaldo de um ISM. Esse procedimento desconsidera a necessidade de uma perícia

psiquiátrica inicial para verificar a imputabilidade e o tipo de tratamento mais adequado, criando um processo ambíguo que mescla a cautelar cível com consequências criminais graves. A ausência de um ISM também comprometeu o direito à defesa, pois o procedimento de internação compulsória seguiu trâmites que excluíram a participação ativa de I-06 e da defesa em um processo penal formal, limitando sua voz e proteção jurídica.

I-06 foi internado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e, posteriormente, sofreu um trauma craniano que o deixou com sequelas graves. As condições inadequadas para seu tratamento no HCTP foram notificadas ao Judiciário, mas ignoradas, refletindo a falta de preparo da unidade para o tipo de cuidado que ele necessitava. O CAPS e outras unidades de suporte psicossocial não forneceram um acompanhamento adequado e, ao ser transferido para a delegacia devido à recusa do Hospital Lopes Rodrigues (referência em psiquiatria em Feira de Santana, Ba), I-06 entrou em surto. O manejo inadequado do caso resultou em uma constante oscilação entre o HCTP e a delegacia, onde as condições foram agravadas pela falta de apoio da rede de saúde mental.

Em setembro de 2021, o laudo psiquiátrico concluiu que I-06 era inimputável e recomendou tratamento ambulatorial no CAPS, com internação apenas em caso de agravamento do quadro. O Ministério Público se manifestou pela liberação para acompanhamento no CAPS e pelo fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. No entanto, o cumprimento dessa medida foi postergado por decisões judiciais que mantiveram I-06 em internação compulsória no HCTP, contrariando as recomendações médicas e desconsiderando o princípio de menor restrição previsto na Lei 10.216/2001.

Ao longo do processo, novas avaliações periciais indicaram a estabilização do quadro de I-06, recomendando o tratamento ambulatorial no CAPS. O Ministério Público finalmente apoiou a conversão da internação para tratamento ambulatorial, mas a inércia processual manteve I-06 internado no HCTP até o presente momento.

Essa situação expõe a fragilidade e desarticulação entre Judiciário e redes de saúde mental, especialmente na aplicação de medidas de segurança. A constante internação de I-06 sem reavaliações e revisões periódicas viola seus direitos fundamentais e contraria os princípios de tratamento adequado e digno previstos no Estatuto da Pessoa com Deficiência e em convenções internacionais.

Ao comparar o caso de I-06 com os casos anteriores, identificam-se padrões de inadequação no manejo de réus com transtornos mentais e falhas em assegurar medidas

de cuidado e proteção aos seus direitos. Em todos os casos, observa-se que a Lei 10.216/2001, que prevê a internação apenas como último recurso, foi muitas vezes desconsiderada. Internações compulsórias foram aplicadas repetidamente, com o HCTP sendo utilizado de forma inadequada como local de contenção, mesmo sem estrutura ou suporte para tratamento a longo prazo.

A falta de ISM ou sua implementação tardia comprometeu o direito de defesa em todos os casos, resultando em decisões que priorizaram a contenção em detrimento de um tratamento adequado. A análise conjunta dos casos mostra uma clara desarticulação entre o Judiciário e os serviços de saúde mental. A falta de vagas em unidades especializadas, como o caso do Hospital Lopes Rodrigues, e o uso da delegacia para contenção em I-06 são exemplos gritantes da falta de estrutura e articulação entre a saúde pública e a justiça.

Os casos apresentam uma clara violação aos direitos humanos e aos princípios do Estatuto da Pessoa com Deficiência, que asseguram o tratamento digno e o direito de pessoas com transtornos mentais à autonomia. A internação compulsória prolongada, especialmente em locais inadequados, contraria as normas internacionais, que preveem o tratamento em ambientes menos restritivos e a promoção de vínculos familiares e comunitários.

A análise dos casos evidencia um padrão de uso abusivo da internação compulsória, falta de articulação com as redes de apoio psicossocial e uma abordagem que desconsidera os direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais.

### **Internado 07 (I-07)**

A análise do caso de I-07, à luz da Lei 10.216/2001, dos artigos 312 e 319 do Código de Processo Penal (CPP), do Estatuto da Pessoa com Deficiência e das normas internacionais sobre os direitos das pessoas presas com transtorno mental, revela pontos críticos no manejo do processo, na aplicação de medidas de segurança e na proteção dos direitos do acusado.

O caso foi iniciado com um auto de prisão em flagrante em razão de tentativa de homicídio, com relatos iniciais de familiares indicando que o acusado possui problemas psiquiátricos. A irmã do acusado prontamente buscou providências para a interdição, e foram apresentados relatórios médicos atestando o transtorno mental, posteriormente

confirmado por um exame de sanidade que diagnosticou I-07 com esquizofrenia e concluiu que ele estava, à época do fato, incapaz de entendimento e autodeterminação.

De acordo com a Lei 10.216/2001, pessoas com transtornos mentais têm direito ao tratamento digno e adequado em ambiente preferencialmente ambulatorial. Desde o início, a presença de documentação que evidenciava o transtorno deveria ter direcionado as medidas cautelares para um tratamento ambulatorial no CAPS, evitando o uso de internamento sem análise completa das alternativas terapêuticas. O diagnóstico do quadro clínico foi realizado, mas houve resistência inicial no Judiciário em estabelecer uma medida menos restritiva.

A internação provisória de I-07 no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCT) foi aplicada para garantir a preservação da ordem pública, mesmo sem a confirmação inicial da inimputabilidade. A justificativa do Ministério Público para a internação provisória foi baseada na “periculosidade abstrata” do acusado e nos riscos à ordem pública, um argumento controverso, pois periculosidade concreta deve ser demonstrada para justificar a privação de liberdade em casos envolvendo pessoas com transtornos mentais. Além disso, o pedido da Defensoria para tratamento no CAPS, em conformidade com a Lei 10.216/2001, não foi apreciado na decisão de internação provisória, o que caracteriza uma falha processual. A Lei 10.216/2001 exige que a internação ocorra apenas em último caso, e o encaminhamento ao CAPS, onde seria possível um acompanhamento ambulatorial e multidisciplinar, não foi inicialmente considerado, retardando a adoção de uma abordagem de cuidado mais inclusiva.

O incidente de insanidade mental foi instaurado, e o exame pericial concluiu que I-07 estava incapacitado de entender o caráter ilícito do ato, recomendando tratamento psiquiátrico com apoio familiar. A Defensoria Pública apresentou quesitos para o perito e buscou garantir o direito de I-07 a uma defesa adequada, alinhada ao Estatuto da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2015), que assegura o direito de pessoas com transtornos mentais a procedimentos acessíveis e adaptados. A decisão judicial para suspender o processo até a conclusão do incidente de insanidade foi apropriada e em conformidade com o art. 149, § 2º, do CPP, mas o tempo de processamento, incluindo atrasos como a não devolução da carta precatória, prolongou a situação de I-07 sem necessidade.

Em decisão final, I-07 foi absolvido sumariamente por inimputabilidade, com a aplicação de uma medida de segurança de tratamento ambulatorial no CAPS, com prazo inicial de um ano para reavaliação periódica da periculosidade. Essa decisão está alinhada com o Código Penal (artigos 96 e 97) e respeita a Lei 10.216/2001 ao priorizar o

tratamento ambulatorial, promovendo a integração de I-07 à comunidade sob supervisão adequada.

No entanto, o pedido subsequente do Ministério Público para internação provisória, alegando ameaça à vítima sem comprovação concreta, representa um retrocesso na garantia dos direitos do acusado. O pedido se baseia em relatos indiretos de terceiros sem identificação e carece de elementos robustos que justifiquem a restrição da liberdade, contrariando o direito a um tratamento inclusivo e o princípio de menor restrição previsto no Estatuto da Pessoa com Deficiência e nas convenções internacionais.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência e normas internacionais, como a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotado pelo Brasil por meio do Decreto 6.949 em 2009, asseguram que pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei tenham direito a tratamento apropriado em ambiente que preserve sua dignidade e liberdade. A medida de segurança de tratamento ambulatorial, aplicada na sentença final, reflete esses princípios ao permitir que I-07 seja tratado no CAPS com apoio familiar, garantindo acesso a uma rede de cuidados que atende suas necessidades. O pedido de internação cautelar do Ministério Público após a sentença viola o princípio de menor restrição e contraria a legislação internacional, que desestimula o encarceramento ou a contenção de pessoas com transtornos mentais, especialmente quando o tratamento ambulatorial se mostra suficiente e adequado.

A análise deste caso revela problemas e avanços no tratamento de I-07. Inicialmente, a internação provisória foi aplicada sem uma fundamentação concreta da periculosidade e sem priorização de alternativas como o tratamento no CAPS, como orientado pela Lei 10.216/2001. A suspensão do processo e a conclusão do incidente de insanidade mental foram necessárias e bem fundamentadas, mas a tramitação enfrentou atrasos que prejudicaram o andamento regular e prolongaram a internação.

A absolvição sumária e a medida de segurança ambulatorial representam uma solução condizente com as normas nacionais e internacionais de proteção a pessoas com transtornos mentais, ao promover o tratamento em liberdade e evitar internações desnecessárias.

**Internado 08 (I-08)**

A situação apresentada envolve uma série de questionamentos sobre a legalidade, necessidade e adequação da internação provisória do acusado I-08, com transtorno mental, no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCT). A análise da conformidade dessas ações com a legislação brasileira e internacional sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, a Lei nº 10.216/2001, os artigos 312 e 319 do Código de Processo Penal (CPP), o Estatuto da Pessoa com Deficiência e outras normativas de direitos humanos evidencia graves preocupações em termos de garantia dos direitos fundamentais, tanto no tratamento dado ao acusado quanto no sistema de resposta penal.

Primeiramente, é necessário avaliar a aplicação da internação provisória em si, com base nos critérios do Código de Processo Penal. O artigo 319, inciso VII, do CPP permite a internação provisória apenas para os casos de crimes cometidos com violência ou grave ameaça, uma medida restritiva que visa resguardar a integridade da sociedade e do próprio acusado em situações de risco concreto. No entanto, o caso específico de I-08 envolve um delito de furto qualificado, sem violência ou ameaça, o que contraria as disposições legais que autorizariam a internação cautelar. Mesmo que o acusado apresente histórico de transtorno mental e retardo mental leve agravado pelo uso de crack, conforme a perícia, o furto qualificado não justifica a internação cautelar em um hospital de custódia psiquiátrica, e a aplicação dessa medida configura um excesso, em desacordo com o artigo 319.

A prisão preventiva, assim como a internação cautelar, deve ser fundamentada pela presença de requisitos claros, conforme o artigo 312 do CPP, que inclui elementos como garantia da ordem pública, conveniência da instrução criminal e necessidade de assegurar a aplicação da lei penal. Embora o magistrado tenha citado a ordem pública como um dos fundamentos, a prática de furtos ou descumprimento de outras medidas cautelares anteriores, sem comprovação de risco efetivo e grave à coletividade, não justifica a aplicação dessa medida. Além disso, a decisão do Tribunal Superior de Justiça (STJ), que substituiu a prisão preventiva por medidas cautelares alternativas (comparecimento periódico, proibição de ausentar-se da comarca e recolhimento domiciliar), reforça que a internação e a prisão cautelar são desproporcionais para o caso. A reincidência em furtos e o uso problemático de entorpecentes evidenciam uma

necessidade de apoio psicossocial contínuo, mais alinhado ao tratamento ambulatorial do que à internação em regime fechado.

No contexto dos direitos das pessoas com deficiência e transtornos mentais, a Lei nº 10.216/2001 enfatiza a necessidade de promover a reabilitação psicossocial e a integração do indivíduo na comunidade, garantindo que as internações ocorram somente em casos extremos e com o mínimo de restrição possível. O tratamento ambulatorial indicado pela perícia reforça a inadequação da internação no HCT, que, ao longo de três anos e seis meses, transformou-se em uma medida mais punitiva do que terapêutica. A manutenção prolongada de I-08 no HCT sem avaliação da possibilidade de tratamento comunitário viola tanto a Lei nº 10.216 quanto os preceitos de direitos humanos internacionais, como as Convenções sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e contra a tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, que visam evitar a institucionalização desnecessária e garantir o direito ao tratamento no meio menos restritivo.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) estabelece que pessoas com deficiência, incluindo aquelas com transtornos mentais, devem ter acesso a tratamentos que respeitem sua dignidade e promovam sua inclusão. Manter um indivíduo internado em uma instituição psiquiátrica quando o tratamento ambulatorial é indicado pelo laudo pericial constitui um desrespeito a esse direito, uma vez que o contexto do HCT frequentemente leva à invisibilização e estigmatização dos internos, reforçando um cenário de exclusão social. Nesse caso, a decisão de manter a pessoa no HCT, mesmo após o laudo pericial recomendar tratamento em CAPS, desconsidera sua subjetividade e autonomia, violando os princípios de respeito à pessoa e liberdade garantidos pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Outro ponto crítico é a deficiência estrutural da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de origem de I-08, Alagoinhas. Embora o município disponha de um CAPS, a rede é incompleta, sem os equipamentos necessários para fornecer o suporte adequado à população com transtornos mentais. A carência de dispositivos, como leitos psiquiátricos em hospitais gerais e unidades de acolhimento, compromete o atendimento contínuo e de qualidade, forçando a utilização do HCT como única alternativa para lidar com casos complexos. Essa situação evidencia uma falha sistêmica do Estado em prover os serviços necessários para evitar a institucionalização de indivíduos que poderiam ser atendidos na comunidade, em flagrante descompasso com as disposições das Portarias nº

3.088/2011 e nº 681/2023 do Ministério da Saúde, que regulamentam a RAPS e os leitos psiquiátricos.

A prolongada permanência de I-08 no HCT, associada à falta de uma rede robusta e completa de serviços psicossociais em seu município de origem, reflete a criação do que se pode chamar de “abandonados sociais”. Esses indivíduos, ao serem considerados perigosos ou inadequados para a convivência social, são frequentemente internados por longos períodos, em condições que, na prática, equivalem a um encarceramento com escassa ou nenhuma perspectiva de reintegração. Esse processo de institucionalização reforça o estigma de periculosidade sobre pessoas com transtornos mentais e alimenta uma percepção social que justifica o afastamento e a marginalização, resultando em violações sistemáticas dos direitos dessas pessoas.

O impacto desse tratamento é agravado pela própria condição de exclusão de I-08, que vivia em situação de vulnerabilidade socioeconômica, com histórico de uso problemático de entorpecentes e necessidades de apoio que, antes de sua internação, não foram atendidas de forma contínua. A privação de liberdade no HCT como resposta ao “perigo” que sua condição representa é, na verdade, uma forma de institucionalização forçada e de afastamento da responsabilidade do Estado em oferecer um atendimento adequado e inclusivo. Em vez de construir uma rede de suporte eficiente e humanizada, opta-se por mecanismos de controle que, longe de proteger os direitos individuais, geram sofrimento e desrespeitam a dignidade do internado.

Em conclusão, a internação prolongada de I-08 no HCT, sem fundamento nos requisitos legais, representa um desvio de função da internação provisória e uma violação dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais. Esse caso ilustra o papel punitivo que o sistema de justiça adota frente a questões de saúde mental, transformando o HCT em uma medida de contenção social para uma população que, em vez de assistência, recebe estigmatização e invisibilidade. A situação reforça a urgência de fortalecer a RAPS, promover alternativas ambulatoriais e garantir que os princípios da Lei nº 10.216/2001, do CPP e dos direitos internacionais de direitos humanos sejam respeitados, oferecendo a esses indivíduos não o afastamento, mas a reinserção e o tratamento adequado que a dignidade humana exige.

Ao analisar os casos em conjunto, é possível observar a abordagem punitiva e as decisões baseadas em “periculosidade abstrata, denotam uma falta de entendimento sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, comprometendo o acesso a uma justiça humanizada e inclusiva.

Nos casos de I-06, I-08 e I-10, internações compulsórias ocorreram em locais inadequados, e a transferência para tratamento ambulatorial no CAPS foi postergada, embora recomendada.

Os casos demonstram uma aplicação inconsistente de medidas cautelares e de segurança. Em I-06 e I-08, a internação foi utilizada como medida de contenção, desconsiderando recomendações de tratamento ambulatorial. A oscilação entre internação e liberdade com acompanhamento ambulatorial revela uma dificuldade no Judiciário em adotar medidas de segurança de menor restrição.

Além disso, em casos como o de I-07, onde houve absolvição sumária e aplicação de tratamento ambulatorial, o Ministério Público ainda tentou reinternação com base em periculosidade abstrata, o que evidencia uma aplicação incoerente dos princípios da legislação de saúde mental e segurança jurídica. No caso de I-06, não houve a instauração de um ISM, apesar de sua condição psiquiátrica estar documentada. Essa omissão limitou o direito de defesa, impedindo uma análise formal sobre sua capacidade mental e o tratamento adequado.

Nos casos de I-06 e I-08, o uso recorrente do HCTP sem avaliação periódica e a resistência em promover tratamentos ambulatoriais demonstram uma postura do Judiciário que utiliza as unidades de custódia como uma solução imediata, sem planejamento para reabilitação e integração dos réus em seus contextos sociais.

### **Internado 09 (I-09)**

O relatório psiquiátrico indicou a necessidade de tratamento especializado para I-09, impossibilitado de receber cuidados adequados na Cadeia Pública. A Lei 10.216/2001 estabelece que o atendimento a pessoas com transtornos mentais deve ocorrer, prioritariamente, em ambiente ambulatorial e comunitário, e a internação só deve ser utilizada em último caso, sendo temporária. A partir do diagnóstico de distúrbios comportamentais, o Ministério Público atuou de maneira adequada ao solicitar a instauração de incidente de insanidade mental e nomeação de um curador, seguindo o Código de Processo Penal.

A internação provisória, decretada em substituição à prisão preventiva e prevista pelo artigo 319, inciso VII, do CPP, foi considerada necessária para proteger o réu e a sociedade. A internação foi estipulada por 90 dias, com possibilidade de prorrogação, o que está em conformidade com o princípio da temporariedade. Esse período determinado,

com revisão periódica, é importante para evitar internações indefinidas, que violam os direitos do réu.

Contudo, a medida de internação provisória ainda deveria ter sido fundamentada de maneira mais robusta com base em avaliações médicas, que recomendam internação apenas se a condição do paciente indicar que não é possível tratamento ambulatorial. A decretação inicial de prisão preventiva sem consideração de um possível transtorno mental – dado que sinais já estavam presentes – sugere uma falta de análise específica quanto à adequação de medidas cautelares para o perfil de I-09, que poderiam ter priorizado o tratamento ambulatorial desde o princípio.

O incidente de insanidade mental foi corretamente instaurado, e a avaliação concluiu que I-09 era capaz de entender o caráter ilícito do tráfico de drogas. Esse laudo demonstrou que a condição mental do réu não comprometia sua compreensão dos atos ilícitos. Assim, embora a internação provisória tenha sido aplicada temporariamente para proteger a saúde do réu, o laudo confirmou que ele era imputável, e medidas alternativas de tratamento foram consideradas adequadas posteriormente.

Diante do laudo que indicava a capacidade de entendimento do réu, o Ministério Público recomendou a substituição da internação provisória por tratamento ambulatorial no CAPS com acompanhamento psiquiátrico intensivo. Essa decisão é coerente com a Lei 10.216/2001, que preconiza a utilização de redes de atenção psicossocial para o acompanhamento de pacientes com transtornos mentais na comunidade, quando possível, e assegura ao réu o direito de tratamento em liberdade, promovendo sua reintegração social.

A decisão judicial, que adotou a recomendação do Ministério Público, demonstrou conformidade com as diretrizes legais ao favorecer uma medida de menor restrição e mais adequada à saúde do réu. Essa medida também atende ao princípio da individualização das penas, ajustando a resposta punitiva à condição específica do réu.

A expedição do alvará de soltura, condicionada ao acompanhamento ambulatorial no CAPS, representa uma ação importante de reintegração social e cuidado continuado ao réu. Ao condicionar o benefício da liberdade ao acompanhamento em saúde mental, o Judiciário assegura o tratamento necessário e cumpre com as exigências da Lei 10.216/2001, que prioriza a inclusão social e o tratamento em liberdade.

Contudo, o cumprimento dessas determinações requer articulação entre o sistema de justiça e a rede de atenção psicossocial. O CAPS deve garantir que o réu receba tratamento intensivo e multidisciplinar, o que inclui monitoramento para assegurar adesão

ao tratamento. A possibilidade de revogação do benefício em caso de descumprimento pode ser uma medida severa, mas atua como garantia de que o réu será acompanhado conforme as necessidades indicadas.

A decisão final, que priorizou o tratamento ambulatorial no CAPS, está em conformidade com os direitos previstos na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e outros tratados internacionais. A legislação internacional estabelece que pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei devem ter acesso ao tratamento adequado e que as medidas de internação devem ser evitadas em favor de práticas menos restritivas. O caso de I-09 demonstra uma atenção gradual a essas normas, embora a internação provisória pudesse ter sido inicialmente evitada com um diagnóstico e plano de tratamento mais precoce.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência reforça o direito de I-09 a um tratamento inclusivo e orientado para a recuperação em liberdade, o que foi respeitado no momento da decisão final.

A análise do caso revela avanços e desafios, pois o encaminhamento ao CAPS e o tratamento ambulatorial demonstram alinhamento com a lei e normas internacionais, que promovem tratamento em liberdade e integração social.

É essencial que, em situações em que surgem suspeitas de transtornos mentais, a avaliação seja realizada o mais cedo possível. Isso evita a internação provisória desnecessária e favorece a adoção de alternativas terapêuticas iniciais.

A decisão judicial de encaminhar o réu ao CAPS para acompanhamento adequado necessita do suporte contínuo do sistema de justiça e da rede psicossocial para garantir a adesão ao tratamento e evitar recaídas.

A medida de tratamento ambulatorial está em conformidade com normas internacionais, e esse enfoque deve ser mantido para fortalecer a abordagem de recuperação e reintegração social.

O caso de I-09 pode servir como referência para futuras decisões judiciais, destacando a importância do acompanhamento psiquiátrico em liberdade e a necessidade de diagnósticos rápidos e planos de tratamento eficazes. Esse fluxo de atendimento integrado entre o sistema de justiça e a rede psicossocial é essencial para assegurar que pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei recebam o cuidado apropriado, promovendo justiça e dignidade no tratamento judicial.

A comparação entre os casos dos I-08 e I-09 revela semelhanças e diferenças significativas no tratamento dos réus com transtornos mentais no sistema de justiça,

especialmente quanto ao manejo das medidas cautelares e ao cumprimento das normas da Lei 10.216/2001, dos artigos 312 e 319 do Código de Processo Penal (CPP), do Estatuto da Pessoa com Deficiência e das convenções internacionais sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Ambos os casos envolvem suspeitas ou confirmações de transtornos mentais e sugerem a necessidade de tratamento especializado. Em I-09, houve uma recomendação inicial da Cadeia Pública de Salvador para transferência ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCT), enquanto em I-08 a defesa e o curador solicitaram a internação. No entanto, há uma diferença inicial: no caso de I-08, o Ministério Público se opôs à internação provisória por entender que a falta de violência ou grave ameaça no delito não justificava a medida. Posteriormente, devido ao comportamento e reincidência, foi decretada a internação.

Essa distinção reflete uma maior cautela em I-08, ao menos inicialmente, em aplicar a internação provisória, evitando a restrição de liberdade sem que haja risco concreto e imediato à segurança pública ou à integridade do acusado.

Ambos os réus foram submetidos a incidentes de insanidade mental, com laudos periciais que identificaram necessidade de tratamento psiquiátrico contínuo. Em I-09, o laudo de sanidade mental concluiu pela capacidade do réu de entender o caráter ilícito de suas ações, permitindo a continuidade do processo. Em I-08, o laudo concluiu que ele era incapaz de compreender o caráter ilícito do fato devido a um retardo mental agravado pelo uso de substâncias psicoativas, exigindo tratamento específico e cuidado ambulatorial.

Essa diferença no diagnóstico reforça a necessidade de um plano de acompanhamento diferenciado para cada réu. A conclusão pericial em I-08 indica um quadro de incapacidade contínua, enquanto o de I-09 possibilita acompanhamento mais voltado para controle e suporte social do que para reabilitação cognitiva.

Nos dois casos, a internação provisória foi determinada em algum momento, mas por motivos distintos. Em I-09, a internação ocorreu como substituição da prisão preventiva após a recomendação inicial do HCT e posterior parecer do Ministério Público para tratamento ambulatorial. Em I-08, a internação provisória foi adotada em resposta ao descumprimento de medidas cautelares e ao comportamento recorrente, sugerindo que o caso foi tratado mais como uma contenção preventiva do que uma medida terapêutica.

A diferença aqui é significativa: enquanto I-09 foi internado para preservar sua integridade mental e física, I-08 foi internado também com o propósito de controle comportamental, sem uma justificativa terapêutica central, o que contraria o princípio de última *ratio* previsto na Lei 10.216/2001 e nas convenções de direitos humanos.

Ambos os réus apresentaram dificuldades em manter as medidas cautelares ou o regime de internação. I-08 evadiu-se do HCT e foi recapturado posteriormente, com novos episódios de descumprimento. Esse histórico levou à substituição das medidas cautelares por um regime mais restritivo, demonstrando um uso inadequado e recorrente da internação como forma de contenção, sem explorar de forma suficiente o acompanhamento intensivo em CAPS.

Já I-09 seguiu as recomendações médicas e judiciais para tratamento ambulatorial no CAPS, indicando que a decisão de não reincidir na internação, em seu caso, foi mais eficaz para promover seu acompanhamento psiquiátrico sem necessidade de restrição de liberdade. Esse aspecto ressalta a importância de medidas ambulatoriais no tratamento de transtornos mentais em contexto penal.

Ambos os casos culminaram em recomendações para tratamento ambulatorial no CAPS, porém, com diferentes abordagens e contextos. Em I-09, o tratamento ambulatorial foi autorizado após parecer positivo do Ministério Público, e o processo foi mais coordenado com a rede de atendimento. Em I-08, houve uma série de idas e vindas em relação ao regime de internação, com novas recomendações para acompanhamento ambulatorial que foram retardadas devido a questões de segurança e fuga do paciente.

No caso de I-08, o processo para implementação da medida ambulatorial foi dificultado pela ausência de estrutura e suporte familiar adequado. O conflito com o HCT e o uso de substâncias agravaram a situação, impedindo o cumprimento do plano ambulatorial. Essa situação evidencia a necessidade de articulação mais forte entre o sistema de justiça e a rede psicossocial, especialmente no que tange ao preparo do CAPS para atender casos complexos.

I-09 e I-08 foram tratados de maneira diferente no que diz respeito ao respeito aos direitos humanos e à priorização de cuidados ambulatoriais. Em I-09, a transição para o tratamento no CAPS e a não insistência na internação após o laudo indicativo de sanidade preservaram os direitos do réu, em conformidade com a Lei 10.216/2001 e as convenções de direitos humanos.

Em I-08, as tentativas de internação foram frequentes, e o processo refletiu uma abordagem mais punitiva e de contenção. A evasão do HCT e os relatos de maus-tratos

indicam que o ambiente de internação comprometeu o bem-estar do réu, e a falta de articulação com o CAPS e a família agravou sua condição.

A análise comparativa mostra que o caso de I-09 seguiu um fluxo mais adequado, com diagnóstico, parecer pericial e acompanhamento ambulatorial. A priorização de um plano de tratamento em liberdade respeitou os direitos e ofereceu o suporte necessário. Esse caso serve como exemplo de conformidade com a Lei 10.216/2001 e os princípios de dignidade da pessoa com transtorno mental.

Já o caso de I-08 reflete desafios maiores, com uma abordagem mais restritiva e marcada pela falta de uma rede de apoio coordenada, além de condições inadequadas no HCT. A reincidência em internações provisórias e o uso da contenção em ambiente prisional sugerem uma abordagem desarticulada e punitiva, que não favorece a recuperação do réu e contraria diretrizes de tratamento humanizado.

### **Internado 10 (I-10)**

A Lei 10.216/2001 estabelece que o tratamento de pessoas com transtornos mentais deve ocorrer prioritariamente em ambiente comunitário, com internação como último recurso. O artigo 319, inciso VII, do CPP prevê a internação provisória em casos específicos, mas esta deve atender a critérios rigorosos, incluindo a necessidade de tratamento que não possa ser realizado em liberdade. No entanto, o caso do I-10 revela um uso abusivo dessa medida, aplicado repetidamente como solução de contenção para uma pessoa com transtorno mental, mesmo quando laudos indicam que ele deveria receber acompanhamento ambulatorial.

O paciente buscou intencionalmente ser internado, revelando um estado de vulnerabilidade e isolamento social. A ausência de apoio familiar e comunitário, além da falta de atendimento pelo CAPS, contribuiu para que ele provocasse a própria prisão. Esse comportamento evidencia uma lacuna no sistema de saúde e na rede de apoio social, pois que já possuía um histórico de internações psiquiátricas, foi deixado sem acesso ao tratamento adequado. A falta de resposta rápida e o desligamento do CAPS deixaram o paciente em uma situação crítica de desamparo.

No caso do I-10, o delito de dano qualificado é considerado afiançável. No entanto, a arbitragem de fiança foi uma medida insustentável, pois ele não tinha condições financeiras de pagá-la. A decisão de interná-lo, baseada na reiteração delitiva, é questionável, uma vez que se fundamenta em um risco presumido e não em uma avaliação

clínica contemporânea ao fato. Além disso, a ausência de fundamentação para a prisão preventiva e o uso da internação provisória como contenção são inadequados, pois o delito não envolvia violência grave nem ameaça comprovada, e o próprio paciente buscava atendimento em saúde.

A internação cautelar foi determinada com base em um laudo antigo, sem avaliação atualizada da condição de saúde mental do paciente. Esse procedimento viola tanto o Código de Processo Penal quanto os direitos do paciente, pois o diagnóstico de periculosidade foi inferido por depoimentos e histórico, sem avaliação especializada no momento do incidente. A legislação exige que a internação cautelar seja fundamentada em evidências clínicas, o que não ocorreu neste caso, configurando abuso da medida.

O caso evidencia a precariedade e falta de articulação na rede de atenção psicossocial. O paciente foi internado em hospital de custódia e tratamento (HCTP) e permaneceu internado mesmo após decisão judicial de concessão de liberdade para tratamento ambulatorial. A ausência de suporte familiar e de alternativas no CAPS resultou em uma situação de abandono, com o paciente sendo rotulado como “abandonado social”. A falta de alternativas na rede de atenção psicossocial contraria a Lei 10.216/2001, que prevê o fortalecimento do tratamento comunitário.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência e as convenções internacionais, como a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, asseguram que pessoas com transtornos mentais têm direito a atendimento em condições de dignidade, liberdade e respeito à sua capacidade civil. No caso de I-10, essas garantias foram desconsideradas em várias etapas do processo. A repetida internação cautelar, mesmo após decisão judicial de tratamento ambulatorial, desrespeita o princípio de menor restrição e a prioridade do tratamento em liberdade.

Além disso, o prolongamento da internação após a prescrição do delito configura uma violação do direito à liberdade e ao tratamento digno. O HC concedido foi ignorado e revogado posteriormente, perpetuando uma medida de privação de liberdade que deveria ter sido encerrada com o reconhecimento da prescrição.

Os laudos periciais indicam a condição de esquizofrenia e a necessidade de suporte social e tratamento psiquiátrico contínuo. O último laudo de 2022 destacou a refratariedade da doença e a inadequação do suporte oferecido no município de origem do I-10. No entanto, o Judiciário ignorou essas informações ao determinar nova internação provisória, sem explorar soluções alternativas, como a criação de um plano de acompanhamento psicossocial no CAPS, conforme previsto na legislação.

Durante o processo, houve ausência de assistência jurídica contínua ao paciente. A Defensoria Pública impetrou *habeas corpus*, mas a falta de andamento no processo e o longo período sem audiências demonstram uma falha grave na assistência. A paralisação do processo por mais de cinco anos antes da citação do réu e a demora para resposta ao pedido de liberdade expõem um desrespeito aos princípios de celeridade e efetividade processual.

O caso do I-10 reflete uma série de falhas estruturais e processuais, tais como a não observância à Lei 10.216/2001, em que a internação foi utilizada como contenção e não como medida terapêutica, contrariando o princípio da atenção psicossocial. Em vez de receber apoio no CAPS e um projeto terapêutico específico, o paciente foi mantido no HCTP, sem apoio da família e sem alternativas para tratamento ambulatorial. Além disso, houve desrespeito ao Estatuto da Pessoa com Deficiência e aos Direitos Internacionais, pois as condições impostas ao paciente violaram os direitos garantidos, mantendo-o internado mesmo após decisão judicial favorável ao tratamento em liberdade. A falta de estrutura na rede de apoio psicossocial, refletida na incapacidade do município de Caetité em prover apoio psicossocial adequado, resultou em abandono social e prolongamento indevido da internação.

### **Internado 11 (I-11)**

A análise crítica da situação de I-11 revela uma série de inconsistências e violações de direitos que evidenciam problemas estruturais e institucionais no sistema de Justiça e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. A Lei 10.216/2001, que rege os direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil, institui como princípios fundamentais o tratamento em liberdade, a desinstitucionalização e a proteção contra o uso indevido de internações compulsórias. Esta lei estabelece, portanto, uma lógica de cuidado que deveria orientar as práticas judiciais e de saúde pública. No entanto, o caso de I-11 evidencia a ausência de efetividade na implementação desses princípios, a partir de uma visão predominantemente punitiva que acaba perpetuando a exclusão e a estigmatização do indivíduo.

I-11 foi acusado de um delito de tráfico de drogas, sem violência ou grave ameaça, o que, de acordo com o Código de Processo Penal (CPP), não justificaria a decretação de uma medida extrema de internação provisória, exceto se demonstrado grave risco à ordem pública ou à reiteração criminosa. No entanto, o que se observa no caso é

uma criminalização reforçada pela condição de vulnerabilidade do indivíduo, em especial pela sua dependência química e transtornos mentais. Mesmo com a documentação que indicava seu acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD) e a dependência de substâncias, o pedido de relaxamento da prisão foi indeferido, e a prisão preventiva foi convertida em internação no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) sem fundamentação suficiente sobre o real risco à segurança ou a necessidade de medida tão severa. Esse quadro contraria o disposto no artigo 319, inciso VII, do CPP, que orienta o uso da internação provisória apenas em casos excepcionais e em situações de risco comprovado.

A condição de I-11, por outro lado, demandava uma abordagem humanitária e interdisciplinar, pautada no cuidado e no acompanhamento contínuo. Sua situação era acompanhada por um histórico de atendimento no CAPS AD, e o laudo pericial indicava a necessidade de tratamento ambulatorial, o que deveria ter orientado o Judiciário a buscar alternativas ao encarceramento. Esse princípio de desinstitucionalização, central à Lei 10.216/2001, é mais uma vez desconsiderado, e a internação torna-se um fim em si mesma, isolando o indivíduo de sua comunidade e negligenciando a possibilidade de tratamento e reabilitação no contexto comunitário. O Código de Processo Penal, em seu artigo 312, define que a prisão preventiva visa a garantir a ordem pública ou econômica, a instrução criminal e a aplicação da lei penal, mas apenas em situações de perigo real, o que não se verifica neste caso, em que a acusação é de um delito sem violência ou ameaça e sem risco efetivo à segurança.

O caso também destaca uma falha grave de articulação entre o sistema de Justiça e a Rede de Atenção Psicossocial, que deveria atuar de maneira coordenada para garantir os direitos e o cuidado contínuo de pessoas como I-11. A transferência para o HCT, que deveria ser uma medida temporária para avaliação psiquiátrica, transformou-se em uma internação prolongada, sem o devido respeito ao direito de tratamento em liberdade. A falta de laudos técnicos e atualizações sobre a condição de saúde de I-11 mostra uma negligência que agrava ainda mais a condição do internado, que foi mantido em ambiente custodiado por quase nove meses, a despeito de todos os elementos que indicavam a adequação do tratamento ambulatorial. Essa situação evidencia uma desarticulação da RAPS, que deveria proporcionar o suporte necessário para o tratamento de dependência e saúde mental no contexto da comunidade e não por meio de confinamento.

O processo de estigmatização e desumanização, recorrente em situações de internação prolongada de pessoas com transtornos mentais, tem suas raízes em práticas

institucionais que tratam esses indivíduos como objetos de controle e neutralização, em vez de sujeitos de direito. Ao ignorar a história clínica de I-11 e negligenciar as recomendações de tratamento ambulatorial, o sistema judicial o reduziu a um objeto, colocando-o em um circuito de internações forçadas que perpetua a exclusão e a marginalização. Essa abordagem punitiva vai de encontro à lógica do Estatuto da Pessoa com Deficiência, que estabelece o direito ao tratamento igualitário, ao respeito pela dignidade e à plena participação na vida comunitária, além de violar diretrizes internacionais, como a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, que obriga o Estado a garantir o tratamento apropriado e a inclusão de pessoas com deficiência mental.

A decisão final de revogar a custódia e autorizar o tratamento ambulatorial no CAPS AD só veio após longos meses de uma internação injustificada, evidenciando um desprezo pelos direitos de I-11 e pela sua subjetividade. A Justiça somente reconheceu o direito ao tratamento comunitário após múltiplas tentativas de intervenção da Defensoria Pública e a comprovação de que a família de I-11 estava disposta a apoiá-lo no acompanhamento terapêutico. Esse atraso reflete a persistência de um sistema que vê na internação a resposta-padrão para lidar com a complexidade dos casos de saúde mental, ao invés de recorrer a uma rede de atenção integral e comunitária, conforme preconizado pela Lei 10.216/2001.

Além disso, o fato de I-11 ser reincidente em delitos não violentos e a própria condição de vulnerabilidade social demonstram a necessidade de um programa de acompanhamento e suporte social mais amplo, algo que a RAPS deveria proporcionar. A deficiência na estrutura da RAPS é clara quando consideramos que o atendimento no CAPS AD, apesar de disponível, não foi suficiente para impedir a prisão e a subsequente internação no HCT. O histórico de abandono do tratamento, associado à reincidência em delitos de baixo potencial ofensivo, evidencia que a RAPS ainda é insuficiente em prover o acompanhamento contínuo que situações como a de I-11 demandam, o que perpetua um ciclo de marginalização e institucionalização.

Este caso é um exemplo claro da produção de “abandonados sociais”, que ocorre quando o sistema de Justiça e a saúde pública não conseguem oferecer alternativas ao aprisionamento para pessoas em condição de vulnerabilidade. I-11, ao invés de ser integrado a um programa de reabilitação e reintegração social, foi tratado como uma ameaça a ser neutralizada, o que, paradoxalmente, só agravou sua condição. A permanência de indivíduos com transtornos mentais no HCT, mesmo quando o tratamento

ambulatorial é indicado, demonstra um descompasso entre as políticas de saúde mental e as práticas de segurança pública. A falta de políticas e recursos suficientes para amparar essas pessoas em suas comunidades acaba legitimando a perpetuação de medidas de internação como solução prática, ainda que inadequada e contrária à legislação.

Em resumo, o caso de I-11 expõe como o sistema de Justiça e a RAPS falham em garantir os direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, reforçando práticas de exclusão e institucionalização. A aplicação punitiva de medidas de custódia sem a devida fundamentação, o desprezo pelas alternativas ambulatoriais e a ineficácia da RAPS em garantir tratamento e suporte adequados para evitar a reincidência são sinais de um sistema que ainda precisa reavaliar suas práticas à luz das legislações e diretrizes humanitárias. Essas falhas são sintomas de um modelo de justiça e saúde pública que precisa se adaptar às necessidades dos indivíduos, em especial aqueles que, como ele, se encontram em situações de extrema vulnerabilidade.

### **Internado 12 (I-12)**

A situação de I-12 expõe uma série de violações de direitos e de inconsistências na aplicação da lei que comprometem o direito ao tratamento digno para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. De acordo com a Lei 10.216/2001, o tratamento de pessoas com transtornos mentais deve ser prioritariamente em liberdade, por meio de acompanhamento ambulatorial, e a internação compulsória deve ocorrer apenas em situações excepcionais. No entanto, em relação ao caso de I-12, houve uma decisão de custódia em unidade prisional que desconsidera as disposições da lei e agrava a condição clínica do indivíduo.

I-12 foi preso em flagrante por uma tentativa de feminicídio e lesão corporal, sendo posteriormente decretada sua prisão preventiva. Mesmo com registros de que ele se encontrava em surto psicótico no momento da prisão, a saúde mental do acusado foi ignorada nas decisões judiciais iniciais. Conforme os artigos 312 e 319 do Código de Processo Penal, a prisão preventiva deve ser aplicada somente quando não há alternativas para garantir a ordem pública e evitar a reiteração da prática criminosa. Ainda assim, o internado foi mantido em custódia sem uma análise concreta de risco de reiteração e sem que fossem considerados outros métodos de controle menos severos, como a internação provisória para tratamento em saúde mental.

Outro ponto crítico é a ausência de um plano terapêutico que atenda às necessidades de I-12. No decorrer do processo, foram realizados exames periciais, os quais concluíram que o acusado apresentava incapacidade para responder criminalmente. No entanto, o laudo não especificou o tratamento adequado, o que contraria o princípio de dignidade e cuidado integral estabelecido na Lei 10.216/2001. A falta de indicação terapêutica não só agrava a condição do paciente, mas também limita a efetividade do processo judicial em assegurar a recuperação e reintegração do indivíduo.

A determinação de medida de segurança com internação por tempo indeterminado sem a expedição de guia de execução configura outra violação grave, que contraria tanto a legislação brasileira quanto tratados internacionais que garantem os direitos das pessoas com deficiência. O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015) e convenções internacionais, como a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, defendem a inclusão, o direito ao tratamento adequado e o respeito à autonomia e dignidade. Contudo, a manutenção de I-12 em uma instituição sem a devida regularização do cumprimento da medida de segurança resulta em um confinamento arbitrário, que infringe esses direitos.

A situação de I-12 também reflete uma falha estrutural na articulação entre o sistema de justiça criminal e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Embora o município possua CAPS e a macrorregião ofereça hospitais de referência, as ações judiciais não demonstraram qualquer articulação com a RAPS para garantir um tratamento adequado. A ausência de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), conforme previsto pela Resolução 487/2023 do CNJ, impede que o paciente receba um acompanhamento individualizado, estruturado e de acordo com suas necessidades específicas. Essa lacuna reflete uma negligência do Estado em assegurar que as pessoas em conflito com a lei e em condição de vulnerabilidade mental tenham acesso a um atendimento que respeite sua dignidade e promova sua recuperação.

A análise do caso de I-12 evidencia uma prática judicial que, ao invés de buscar soluções terapêuticas e ressocializadoras, recorre à custódia prolongada, transformando o paciente em um “abandonado social”. Mantido em um hospital de custódia por mais de dois anos e sem uma perspectiva concreta de liberação ou transferência para tratamento adequado, I-12 se torna um exemplo de como a estigmatização da doença mental e a negligência institucional agravam o quadro clínico e isolam ainda mais essas pessoas. Essa prática desconsidera os princípios da desinstitucionalização e da inclusão social, reforçando a marginalização dos indivíduos com transtornos mentais.

O contexto de I-12 reflete a perpetuação de um sistema punitivo que privilegia o encarceramento ao tratamento, especialmente quando se trata de indivíduos em condição de vulnerabilidade social e de saúde. A omissão das autoridades em considerar alternativas ambulatoriais e a falta de articulação com os serviços de saúde mental configuram uma série de violações aos direitos humanos e expõem a fragilidade das políticas públicas de inclusão e proteção para pessoas com transtornos mentais. Essa situação exige uma revisão urgente das práticas judiciais e a implementação de medidas que garantam o tratamento humanizado e o respeito aos direitos fundamentais dos internados.

### **Internado 13 (I-13)**

A análise crítica da situação de I-13 evidencia uma série de contradições e possíveis violações aos direitos da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, conforme regulamentado pela Lei 10.216/2001, o Código de Processo Penal (CPP), o Estatuto da Pessoa com Deficiência e normativas internacionais de direitos humanos. I-13 foi acusado de delitos sem violência ou grave ameaça, como dano e maus-tratos a animais, e teve sua prisão preventiva decretada com base em sua suposta periculosidade, embora a legislação indique a necessidade de medidas alternativas à prisão para pessoas em sua condição.

I-13 já era usuário do CAPS e recebia atendimento ambulatorial antes do encarceramento. Esse fato foi desconsiderado durante o processo, mesmo com a Lei 10.216/2001 estabelecendo que o tratamento prioritário para pessoas com transtornos mentais deve ser feito em liberdade e de forma a garantir a sua reintegração social. O uso recorrente da internação cautelar e, posteriormente, da prisão em regime fechado revela uma interpretação punitiva que ignora o direito ao tratamento adequado. De acordo com o artigo 319, inciso VII, do CPP, a internação provisória deve ser empregada apenas em casos de extrema necessidade e para delitos de grave ameaça, o que não se aplica ao caso de I-13. Ainda assim, o paciente foi mantido em custódia no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCT), com restrições desproporcionais, por mais de 12 anos, sem uma fundamentação clara que justificasse essa abordagem.

A continuidade da custódia no HCT também levanta questões sobre a aplicação de medidas terapêuticas. Embora o tratamento ambulatorial tenha sido indicado para I-13, a decisão judicial de mantê-lo em regime de internação contraria as recomendações

da própria equipe de saúde. A omissão em definir um plano terapêutico específico e a falta de encaminhamento para um acompanhamento em rede psicossocial comprometem o direito do paciente a um tratamento digno e especializado. Essa situação perpetua a marginalização e o isolamento social, reforçando a condição de “abandonado social” no contexto da instituição de custódia.

Além disso, o processo carece de uma análise detalhada sobre a capacidade civil e a condição de saúde mental do acusado, o que contraria os princípios do Estatuto da Pessoa com Deficiência e das convenções internacionais. O fato de que I-13 foi espancado por populares no momento da prisão e que a violência não foi abordada no processo revela uma negligência em proteger sua integridade física e um tratamento discriminatório. Tais omissões refletem uma falha estrutural no sistema de justiça, que, ao ignorar o contexto social e clínico do acusado, reforça o estigma em torno das pessoas com transtornos mentais, considerando-as perigosas sem base científica ou terapêutica.

A permanência de I-13 no HCT, sem uma guia de execução devidamente expedida, caracteriza uma detenção arbitrária, que infringe as normativas de direitos humanos. A Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por exemplo, orienta para a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que poderiam ter garantido um acompanhamento mais adequado e humanizado. Contudo, essa resolução foi negligenciada, privando-lhe de um acompanhamento multidisciplinar que promovesse sua reintegração na comunidade.

A análise do caso evidencia que o sistema prisional e o judiciário têm priorizado a custódia punitiva em detrimento de uma abordagem de saúde mental, em descompasso com a Lei 10.216/2001 e o CPP. O uso contínuo de medidas de segurança e a ausência de uma reavaliação periódica da condição do paciente configuram um abuso de poder e negligência do direito ao tratamento. Essa situação expõe a deficiência na articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e evidencia um cenário onde o Estado falha em assegurar a inclusão e a dignidade de pessoas em situação de vulnerabilidade mental.

O contexto do processo de I-13 exemplifica a estigmatização e o tratamento desumanizante enfrentado por pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. A manutenção da medida de segurança sem revisão do quadro clínico demonstra um sistema que trata essas pessoas como objetos de controle, desconsiderando suas subjetividades e direitos. Em suma, o caso de I-13 aponta para a necessidade urgente de uma revisão das práticas judiciais e da estrutura de atendimento psicossocial, para que os princípios de dignidade e reintegração social se tornem efetivos.

### **Análise conjuntural dos internados 11, 12 e 13 (I-11; I-12 E I-13)**

Analisando os casos à luz do ordenamento jurídico vigente, como a Lei 10.216/2001, os artigos 312 e 319 do Código de Processo Penal, o Estatuto da Pessoa com Deficiência e normas internacionais de proteção aos direitos das pessoas privadas de liberdade com transtornos mentais, observam-se múltiplas falhas processuais e descompassos entre a legislação vigente e as decisões judiciais tomadas.

A Lei 10.216/2001 enfatiza que o tratamento de pessoas com transtorno mental deve ocorrer, preferencialmente, em serviços de atenção psicossocial, como CAPS, de forma a garantir a dignidade e o mínimo de liberdade necessário à recuperação. A internação deve ser o último recurso, restrita aos casos em que o tratamento ambulatorial não se mostra eficaz e em condições que respeitem os direitos do paciente. No entanto, I-13 recebeu indicação de tratamento ambulatorial do CAPS e a família, embora com dificuldades, tem buscado apoio nesse serviço. O histórico de I-13 no CAPS sugere que uma articulação mais firme com a rede de apoio poderia ter sido tentada antes da decretação de uma medida restritiva de liberdade, como a internação preventiva.

Por sua vez, o artigo 319, inciso VII, do CPP prevê a internação provisória como medida cautelar substitutiva para casos em que a internação é necessária. Contudo, a decretação da internação preventiva sem a análise dos requisitos previstos no artigo 312 do CPP é uma falha significativa. O deferimento da internação preventiva, datado de 26/07/2012, careceu de uma avaliação completa sobre a periculosidade e necessidade da medida. Além disso, I-13 estava há apenas dez dias em alta do Hospital Juliano Moreira, sugerindo que um acompanhamento ambulatorial adequado poderia ter sido mais explorado antes da decisão pela internação em manicômio judicial.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015) promove uma análise mais cuidadosa sobre a condição de pessoas com deficiência, considerando a avaliação da capacidade civil em cada caso. No entanto, houve omissões nas decisões sobre a condição de I-13, tanto no recebimento da denúncia quanto na citação inicial, quando não se abordou a capacidade do acusado e a possibilidade de defesa conforme sua condição mental. Decisões posteriores não foram tomadas considerando o direito à adaptação procedimental em função da deficiência do acusado, o que viola o princípio da igualdade de oportunidades para a defesa.

A contínua desatenção às necessidades específicas de I-13 fica evidente na falta de quesitação adequada quanto ao tipo de tratamento necessário. A defesa chegou a pedir

a instauração do incidente de sanidade mental, mas este foi tratado de forma limitada, sem especificações quanto ao tratamento indicado. Além disso, houve pareceres e relatórios que recomendavam medidas como o fortalecimento de vínculos com a rede de saúde local, tratamento ambulatorial e encaminhamento a serviços do município, que foram ignorados pelo Judiciário. Assim, decisões posteriores, incluindo a manutenção da prisão preventiva, não atentaram para os direitos e para a eficácia dos métodos de cuidado à saúde mental, negligenciando as melhores práticas para reabilitação.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (Brasil, 1992), ao qual o Brasil é signatário, asseguram que pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei devem ter acesso a cuidados apropriados e proporcionais, com enfoque na reabilitação e não na punição. No entanto, I-13 foi sujeito a medidas carcerárias severas e não terapêuticas, incompatíveis com a orientação internacional de prioridade para a saúde e bem-estar de presos com transtornos mentais.

Ao comparar a situação dos casos, nota-se tanto conformidades quanto discrepâncias, principalmente em relação ao tratamento dado ao transtorno mental e às garantias processuais estabelecidas para pessoas com deficiência mental, segundo a legislação nacional e internacional. A Lei 10.216/2001 assegura que a internação deve ser o último recurso e que o tratamento ambulatorial é preferencial, além de garantir que o paciente receba atendimento digno e eficaz. Em ambos os casos, foi desconsiderada inicialmente a possibilidade de tratamento ambulatorial, como exigido por lei, sendo aplicada a internação de forma cautelar sem uma avaliação de alternativas menos restritivas.

Em um caso, nota-se a existência de diagnóstico de surto psicótico e a recomendação de tratamento psiquiátrico desde o início do processo, com um laudo médico e informações de que ele apresentava alucinações auditivas, reforçando a necessidade de cuidados especializados. No entanto, a decisão de interná-lo em um estabelecimento penal, antes da realização do exame de insanidade mental, reflete uma falha em garantir um tratamento apropriado, em um ambiente adequado, desde o início.

O artigo 319, inciso VII, do CPP permite a internação provisória como medida cautelar, mas esta deve ser precedida da análise dos requisitos para a prisão preventiva do artigo 312. Observa-se o uso da prisão preventiva sem avaliação suficiente da condição de saúde mental do paciente. Apesar de o Ministério Público ter pedido a instauração de um incidente de insanidade mental, a medida cautelar foi convertida em internação, sem

considerar alternativas menos gravosas, como o tratamento ambulatorial, algo que a Defensoria Pública argumentou posteriormente.

Além disso, a decisão judicial não estabelece um prazo para revisão da medida, o que é problemático, pois a falta de periodicidade de avaliação contraria o princípio da provisoriedade e coloca o paciente em uma condição de privação de liberdade indefinida, o que é desproporcional e não previsto na legislação brasileira.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência garante que indivíduos com transtornos mentais recebam um tratamento adequado que respeite suas capacidades e limitações. No entanto, nos casos em análise, não houve uma análise aprofundada de sua capacidade civil no início do processo, mesmo diante de um histórico de surtos psicóticos e problemas de saúde mental já conhecidos. Isso viola o princípio de igualdade de oportunidades no processo, comprometendo o direito de defesa adequado e dificultando o entendimento do próprio paciente sobre o procedimento judicial que enfrenta.

A instauração do incidente de insanidade mental foi marcada por atrasos em ambos os casos. No caso de I-13, ocorreram sucessivos adiamentos para a realização do exame pericial, inclusive por motivo fútil, como o jogo de futebol da seleção brasileira. Tal situação revela a falta de celeridade e prioridade que deveria ser dada a casos que envolvem saúde mental, prejudicando o andamento do processo e mantendo o réu em custódia desnecessária e prolongada. A Defensoria Pública, inclusive, argumentou sobre o excesso de prazo, mas o pedido foi indeferido, e a prisão cautelar se estendeu de maneira injustificável.

Além disso, em ambos os casos, a Defensoria e o Ministério Público não formularam adequadamente os quesitos sobre o tratamento indicado para os pacientes, o que demonstra um descompasso entre o que é recomendado para a recuperação dos acusados e as práticas do sistema penal. Apesar da posterior instauração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para I-12 em 2024, a implementação tardia e a continuidade da internação mostram uma ineficácia no cumprimento das diretrizes de tratamento ambulatorial e individualizado preconizadas pela legislação.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, à qual o Brasil é signatário, e outros tratados internacionais, recomendam a priorização de medidas alternativas ao encarceramento e o foco em tratamentos reabilitadores para pessoas com deficiência mental. A permanência de I-12 no HCTP, mesmo após a sentença de absolvição imprópria, reflete uma tendência de priorizar a privação de liberdade em vez de um cuidado orientado para a reabilitação e reintegração. Esta prática contraria o

princípio de que pessoas com transtornos mentais devem ser tratadas em contextos terapêuticos que favoreçam a sua recuperação e preservem sua dignidade.

Ambos os casos apresentam conformidades em aspectos processuais, como a negligência inicial com relação à condição de saúde mental e a ausência de uma análise cuidadosa das condições que possibilitariam o tratamento ambulatorial. Contudo, I-13 possui particularidades que agravam a situação, como o fato de ser primário e de não responder a outros processos, o que poderia ter favorecido a adoção de uma medida menos restritiva.

A discrepância também está na resolução mais recente do CNJ, que exigiu a criação de um Projeto Terapêutico Singular para I-12, um procedimento que, embora tardio, visa garantir um atendimento mais adequado ao paciente em consonância com a legislação nacional e internacional. A adoção desse projeto terapêutico para I-12, embora seja um avanço, expõe uma falha processual que poderia ter sido evitada se as disposições legais, especialmente a Lei 10.216/2001, fossem cumpridas desde o início.

Comparando os três casos – de I-13, I-12 e I-11 –, emergem padrões de tratamento inadequado de saúde mental no sistema de justiça criminal, especialmente em relação à aplicação da Lei 10.216/2001, ao uso de medidas cautelares, ao reconhecimento da condição de incapacidade e à implementação de medidas de segurança.

Nos três casos, a condição de saúde mental foi identificada já na prisão em flagrante ou estava documentada nos autos. No caso de I-13 e no de I-12, embora houvesse relatos de surtos psicóticos e histórico de tratamento em unidades de saúde mental, o reconhecimento judicial desses fatores foi negligente, com decisões de conversão de prisão em flagrante para preventiva sem análise da saúde mental. No caso de I-11, a condição de transtorno mental estava documentada, e ele era assistido pelo CAPS AD desde 2012, mas a conversão da prisão em flagrante para preventiva também ocorreu sem consideração de sua saúde mental, mesmo com menções explícitas nos depoimentos policiais.

A demora no reconhecimento da necessidade de tratamento especializado reflete a desconsideração da Lei 10.216/2001, que exige que o atendimento de pessoas com transtornos mentais seja prioritariamente ambulatorial e integrado à rede de saúde, sempre que possível.

Nos três casos, a Defensoria Pública ou advogados constituídos se manifestaram, em algum momento, em favor da liberação para tratamento ambulatorial ou em favor do reconhecimento da condição de saúde mental. Entretanto, na maioria das vezes, os

pedidos iniciais não foram acolhidos. No caso de I-11, o Ministério Público, após exame de sanidade que recomendava tratamento ambulatorial, se manifestou favoravelmente à revogação da internação cautelar. Este posicionamento tardio, mas correto, está alinhado com a recomendação do tratamento ambulatorial conforme a Lei 10.216/2001, embora a demora em acolher o pedido inicial de internação domiciliar tenha prolongado a privação de liberdade desnecessária.

Em todos os casos, observa-se que o Ministério Público e o Judiciário não seguiram consistentemente os critérios de avaliação da Lei 10.216/2001, ao aplicar medidas cautelares de internação sem análise completa das alternativas terapêuticas.

Nos três casos, os laudos periciais, quando realizados, confirmaram a presença de transtornos mentais e, no caso de I-11, recomendaram explicitamente o tratamento ambulatorial. Porém, todos os casos enfrentaram atrasos significativos na realização do exame pericial, e o laudo de I-11 foi temporariamente arquivado em processo errado, comprometendo a celeridade e os direitos do paciente. A demora na instauração e execução do incidente de insanidade mental evidenciam a falta de estrutura e agilidade no sistema, acarretando prolongamento desnecessário da prisão preventiva.

No caso de I-12, o laudo recomendou internação, mas a decisão judicial foi tomada sem especificação do tratamento adequado, o que contraria o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015) e o Código de Processo Penal (art. 319, VII), que preveem medidas cautelares compatíveis com a situação de saúde do réu.

A Lei 10.216/2001 estabelece que a internação deve ser o último recurso e que o tratamento deve, sempre que possível, ocorrer em regime ambulatorial, integrado à comunidade e aos serviços de saúde. Apenas no caso de I-11 a decisão judicial final determinou o tratamento ambulatorial no CAPS AD, conforme o laudo pericial. Nos casos anteriores, as medidas de segurança foram determinadas em regime de internação por tempo indeterminado, mesmo com recomendações de tratamento menos restritivo, evidenciando a falta de aderência à legislação.

Além disso, no caso de I-13 e no de I-12, a falta de articulação entre o sistema de justiça e a rede de atendimento psicossocial resultou em prolongadas internações cautelares e aplicação de medidas que se basearam na periculosidade sem avaliação de acompanhamento médico regular.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e diretrizes internacionais sugerem que o encarceramento de pessoas com transtornos mentais deve ser evitado em favor de tratamentos que promovam a reabilitação. Em todos os casos,

observamos um descompasso com essas normas, pois os pacientes foram submetidos a encarceramento prolongado, especialmente no caso de I-12, onde o encarceramento inicial durou mais de seis meses sem justificativa robusta.

O caso de I-11 é o único em que, ao final, a medida ambulatorial foi adotada, mesmo assim, após o laudo pericial ter sido temporariamente arquivado erroneamente. No caso de I-12 e de I-13, o encarceramento foi prolongado, com medidas de segurança em regime fechado sem avaliação contínua de suas condições de saúde.

Esses três casos demonstram um padrão de falta de adesão aos dispositivos legais e normativos que regulam o tratamento de pessoas com transtornos mentais no sistema de justiça criminal. Embora a legislação brasileira, como a Lei 10.216/2001, o Estatuto da Pessoa com Deficiência e o Código Penal ofereçam base para a adoção de tratamentos menos invasivos e mais adequados para pessoas com transtornos mentais, essas diretrizes são frequentemente ignoradas.

O caso de I-11, apesar das falhas processuais, representa um desfecho mais conforme à legislação. Esse caso deve servir de exemplo para ajustes no tratamento dos outros casos, com vistas a assegurar que pessoas com transtornos mentais tenham seus direitos plenamente respeitados e que possam, quando indicado, ser tratadas em liberdade e reintegradas ao convívio social.

#### **Internado 14 (I-14)**

O caso de I-14 envolve complexas questões de saúde mental no sistema de justiça penal e evidencia desafios persistentes na aplicação de medidas de segurança para pessoas com transtornos mentais. Este caso, como os demais, revela a dificuldade de harmonizar a proteção à sociedade com o direito ao tratamento adequado dos acusados com vulnerabilidades psíquicas.

I-14 foi acusado de homicídio e teve sua prisão preventiva solicitada pela Polícia Civil. Embora o pedido tenha sido formalizado, verificou-se que o inquérito policial carecia de provas robustas e foi devolvido para diligências adicionais. O paciente foi alvejado por disparos de arma de fogo após sair de um interrogatório, o que motivou a polícia a reforçar o pedido de prisão preventiva, justificando a necessidade de garantir sua segurança.

Sem uma avaliação psiquiátrica especializada e apenas com base em relatos de uso de medicação e histórico de atendimento no CAPS de Jacobina, o Ministério Público

solicitou a instauração do incidente de insanidade mental e a internação provisória de I-14. O juiz acatou a solicitação e deferiu a internação cautelar com base no art. 319, VII, do CPP, mas não analisou suficientemente os requisitos para a prisão preventiva nem considerou a alta hospitalar recente do paciente. Este fato sugere um uso desproporcional e inadequado da internação como medida cautelar, ignorando alternativas menos invasivas.

A decisão judicial baseou-se em um relatório do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, que não substitui uma avaliação psiquiátrica aprofundada. O CAPS informou que I-14 conseguia manter o tratamento ambulatorial durante a semana, mas enfrentava dificuldades para aderir nos finais de semana e feriados. A decisão judicial, que priorizou a internação no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), ignorou essa informação, o que poderia ter viabilizado um acompanhamento ambulatorial mais adequado, conforme a Lei 10.216/2001.

A medida de segurança aplicada consistiu em uma internação cautelar prolongada sem a devida análise das necessidades terapêuticas individuais do paciente. O CAPS relatou que I-14 poderia ser tratado ambulatorialmente, mas essa recomendação não foi considerada no curso processual. A falta de um laudo pericial específico sobre o tratamento necessário reforça a inadequação do tratamento recebido pelo paciente no sistema prisional, onde ele continuou exposto a um ambiente prejudicial à sua recuperação.

Os casos apresentados compartilham problemas estruturais semelhantes, que evidenciam falhas recorrentes no sistema de justiça criminal e de saúde mental em lidar com pessoas em situação de vulnerabilidade psíquica. Em todos os casos, a internação provisória no HCT foi determinada mesmo com indícios de que um tratamento ambulatorial poderia ser suficiente para o controle da saúde mental dos acusados. As decisões judiciais frequentemente ignoram as recomendações de tratamento menos invasivo, como os serviços oferecidos pelo CAPS e residências terapêuticas. Isso contraria o princípio da Lei 10.216/2001, que prioriza o tratamento em liberdade sempre que possível.

Há uma demora generalizada na realização de exames de sanidade mental, e as perícias muitas vezes são realizadas de forma insuficiente, sem considerar o tipo de tratamento adequado aos acusados. Em vários casos, os quesitos formulados limitam-se à determinação de imputabilidade, sem abordar a necessidade de atendimento

especializado, o que prolonga indevidamente a custódia e expõe os pacientes a ambientes carcerários inadequados para tratamento psiquiátrico.

Em diversos processos, a assistência jurídica se revela insuficiente ou tardia, com defensores nomeados somente em fases avançadas do processo. Isso priva os acusados de uma defesa efetiva, que deveria garantir a aplicação das medidas cautelares adequadas à saúde mental e assegurar o cumprimento de seus direitos fundamentais.

A prorrogação das internações em hospitais de custódia sem um plano de alta progressiva evidencia a falta de estrutura e planejamento para a reintegração social dos pacientes. Laudos médicos indicam que o tratamento ambulatorial seria adequado para vários pacientes, mas as decisões judiciais insistem na manutenção da internação, perpetuando um ciclo de custódia que não respeita o caráter excepcional da medida de segurança.

As decisões de internação provisória, frequentemente baseadas em relatórios sem profundidade clínica, expõem os acusados a ambientes inadequados para sua recuperação, violando seus direitos humanos. A Lei 10.216/2001 e a Resolução 487/2023 do CNJ orientam para um atendimento em liberdade assistida sempre que possível, promovendo a reintegração social e a assistência psicossocial.

### **Internado 15 (I-15)**

O caso de I-15 envolve questões complexas de saúde mental e a aplicação de medidas de segurança para um indivíduo com histórico de transtornos psiquiátricos severos. A seguir, exploro os aspectos situacionais e conjunturais do caso de I-15, relacionando-os com os demais casos apresentados.

I-15 foi preso em flagrante por homicídio, praticado em meio a um surto psicótico após fugir de uma unidade de saúde (UPA), onde já estava internado devido a uma crise. Ele agrediu uma senhora idosa, resultando em sua morte. Anteriormente, I-15 havia apresentado comportamentos agressivos e relatado alucinações auditivas, além de um histórico de automutilação durante episódios psicóticos. Ele estava afastado do tratamento por até dois anos, segundo informações de familiares e do CAPS, o que revela sua vulnerabilidade e o agravamento de seu quadro clínico.

A decisão judicial de internar provisoriamente I-15 no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) baseou-se na necessidade de garantir sua integridade física, dado o risco de agressões em unidades prisionais comuns, e de proteger terceiros,

considerando seu histórico de agressividade. Essa decisão, no entanto, não incluiu uma análise detalhada dos requisitos da prisão preventiva nem considerou o histórico de atendimento psiquiátrico do acusado, limitando-se à representação policial e à análise superficial de relatórios médicos.

Um laudo pericial realizado em março de 2023 indicou que I-15 é inimputável, devido ao transtorno mental grave que compromete sua capacidade de entendimento e autodeterminação. O laudo recomendou que, após o tratamento inicial no HCTP, ele fosse encaminhado para acompanhamento ambulatorial no CAPS de seu município, observando que a interrupção do tratamento poderia representar risco para terceiros. A avaliação pericial ainda destaca que ele manifesta delírios persecutórios durante as crises, o que requer um acompanhamento contínuo.

Apesar da recomendação pericial para acompanhamento ambulatorial, a Defensoria Pública solicitou a revogação da internação provisória devido à estabilização do paciente, mas o Ministério Público se manifestou contrariamente, alegando a necessidade de evitar novos delitos e garantir a ordem pública. O juiz acatou o parecer ministerial, sem examinar profundamente os requisitos e as condições para a manutenção da medida. Em março de 2024, I-15 foi absolvido devido à sua inimputabilidade, mas a sentença determinou a aplicação de medida de segurança no HCTP, ordenando sua execução no regime fechado.

Os casos apresentados, incluindo o de I-15, apontam para uma série de questões e inconsistências no tratamento de indivíduos com transtornos mentais no sistema penal, evidenciando dificuldades estruturais e normativas que precisam ser abordadas para garantir direitos e tratamentos adequados.

A maioria dos casos revela uma prática generalizada de prolongar a internação provisória nos hospitais de custódia, sem considerar alternativas menos restritivas, como o tratamento ambulatorial no CAPS. Mesmo com laudos que sugerem a possibilidade de acompanhamento ambulatorial, os juízes tendem a priorizar a segurança pública e a ordem social, mantendo a internação indefinidamente. Essa abordagem contraria a Lei 10.216/2001, que preconiza o tratamento em liberdade, sempre que possível, como regra.

Em muitos casos, incluindo o de I-15, as decisões judiciais que determinam a internação provisória e sua manutenção carecem de fundamentação detalhada sobre os requisitos legais da prisão preventiva. As decisões são, frequentemente, baseadas em informações superficiais de relatórios médicos e pareceres ministeriais, sem considerar

as necessidades individuais dos acusados, suas condições de saúde mental ou a recomendação pericial de tratamentos alternativos.

Há um padrão de atrasos na realização de exames de sanidade mental, que são essenciais para determinar o tratamento adequado dos acusados. Em alguns casos, a falta de agilidade e estrutura impede que os exames sejam realizados em tempo hábil, levando à internação prolongada e ao agravamento das condições de saúde dos pacientes, em evidente prejuízo à sua dignidade.

Os casos mostram uma atuação limitada da Defensoria Pública na fase inicial dos processos, com pedidos de análise de sanidade mental feitos tardiamente e dificuldades para impugnar decisões de internação provisória. Em algumas situações, como no caso de I-15, a manifestação contrária do Ministério Público à revogação da internação provisória é aceita pelo judiciário sem questionamentos, limitando o direito de defesa e a possibilidade de discutir alternativas à internação.

Os casos indicam que, mesmo após laudos que sugerem a possibilidade de desinternação com acompanhamento ambulatorial, a falta de um plano de desinternação estruturado mantém os pacientes no HCTP, agravando o ciclo de internações. Essa ausência de políticas de desinstitucionalização prejudica a reintegração dos acusados e ignora a diretriz da Lei 10.216/2001 de promover o tratamento em liberdade.

### **Internado 16 (I-16)**

O caso de I-16 envolve diversos fatores problemáticos e complexos no contexto do tratamento de indivíduos com transtornos mentais no sistema de justiça criminal, com sobreposição de medidas cautelares de internação e falta de continuidade no tratamento ambulatorial. Esse caso revela vários desafios processuais e de saúde mental observados nos demais casos analisados. A seguir, detalho as principais questões observadas no caso e realizo uma análise comparativa abrangente com os casos anteriores.

I-16 foi preso em flagrante em 1º de fevereiro de 2020 por tentativa de homicídio contra uma criança de cinco anos. A prisão ocorreu em um contexto de surto psicótico, confirmado por relatos de testemunhas e pela própria confissão do acusado, que relatou ter esquizofrenia. A agressão foi interrompida com apoio da Polícia Militar e profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, que conduziram I-16 ao Hospital Geral de Ipiaú, onde ele foi recusado devido à falta de segurança para lidar com

seu quadro de agressividade. Esse histórico demonstra uma condição de saúde mental gravemente comprometida e resistência ao tratamento.

A prisão preventiva de I-16 foi convertida, inicialmente, em internação provisória no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), com a determinação de instauração de um incidente de insanidade mental. O juiz nomeou curadora e estabeleceu apenas dois quesitos, limitados à verificação da imputabilidade, sem explorar a terapêutica mais apropriada para I-16. Tanto a defesa quanto o Ministério Público ratificaram essa limitação dos quesitos, indicando uma falta de aprofundamento nas necessidades específicas do tratamento do paciente.

O laudo pericial emitido em maio de 2020 concluiu que I-16 era inimputável e diagnosticado com esquizofrenia paranoide, recomendando tratamento ambulatorial e acompanhamento multidisciplinar no CAPS, com foco na reintegração social e familiar. No entanto, o paciente continuou internado no HCTP até janeiro de 2022, período em que sua condição de saúde não foi reavaliada adequadamente.

Após sua desinternação, I-16 não aderiu ao tratamento ambulatorial, o que levou o CAPS municipal a solicitar nova internação, baseada em seu comportamento hostil e em risco de reiteração de condutas violentas. Em agosto de 2022, a internação provisória foi restabelecida, com o paciente retornando ao HCTP. Esse ciclo de internação e tentativa de tratamento ambulatorial ilustra a dificuldade de manter um tratamento estável e integrado para pacientes com transtornos mentais graves no sistema de justiça criminal.

Desde a segunda internação, em 2022, a Defensoria Pública pediu sucessivas reavaliações, afirmando que I-16 estava há mais de um ano sob internação cautelar sem nova análise de seu estado clínico. Em resposta, o juiz ordenou reiterações ao HCTP para a emissão de um novo laudo, justificando o retardo pelo hospital. Em dezembro de 2023, um laudo atualizado recomendou novamente tratamento ambulatorial e o uso de medicamentos de depósito para facilitar a adesão ao tratamento, considerando a possibilidade de convívio social de I-16.

A decisão de substituição da internação provisória por tratamento ambulatorial no CAPS foi finalmente proferida em março de 2024, liberando I-16 da custódia. No entanto, o processo encontra-se paralisado, à espera de novos procedimentos e da nomeação de um defensor atualizado, o que reflete a falta de continuidade e fluidez no andamento processual e no tratamento do paciente.

### 6.3 ANÁLISE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) BAIANA

O estudo adiante apresentado baseou-se, além da legislação que rege a matéria, no diagnóstico da RAPS baiana, feito pela equipe de analistas do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde (CESAU), no ano de 2023, levantamento preliminar das necessidades específicas das Macrorregiões de Saúde do estado da Bahia, que será acostado ao presente estudo (vide Apêndice A). Outra fonte foi a planilha de diagnóstico da SESAB, também constante no Apêndice A.

A análise crítica da situação dos serviços de saúde mental em Salvador, com base nos dados apresentados, revela desafios significativos, especialmente no contexto de uma população numerosa e uma rede de apoio que se mostra insuficiente frente às demandas. A estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Salvador evidencia limitações importantes, tais como as relatadas a seguir.

Apesar de Salvador ter uma população de quase 3 milhões, atendendo a critérios para alocar cerca de 15 CAPS III e CAPS AD III álcool e drogas<sup>32</sup>, há apenas um de cada modalidade, enquanto o restante dos CAPS é de menor abrangência. Essa escassez limita a capacidade de atendimento de pessoas em situações graves de crise, que necessitam de acolhimento contínuo, tornando o serviço ineficaz para a totalidade da população em sofrimento mental.

São oferecidas apenas duas Unidades de Acolhimento e cinco Residências Terapêuticas para toda a macrorregião de saúde Leste, uma quantidade insuficiente diante da demanda por desinstitucionalização de pessoas que necessitam de apoio para reintegração social. A limitação das residências coloca em risco a proposta de desinstitucionalização e o direito a um atendimento integral e humanizado, gerando o risco de permanência prolongada em hospitais psiquiátricos ou mesmo a reinstitucionalização.

O déficit na quantidade de leitos de saúde mental em hospitais gerais é uma lacuna preocupante; segundo os critérios populacionais, seriam necessários 151 leitos

---

<sup>32</sup> Segundo o Ministério da Saúde, o CAPS III é a unidade que “atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida”. O CAPS AD III álcool e drogas, é voltada para atender “adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos”. Informação disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 8 nov. 2024.

para atendimentos em situações de crise e estabilização de pessoas com transtornos mentais ou em condição de uso abusivo de álcool e drogas. No entanto, são oferecidos apenas 12 leitos distribuídos entre dois hospitais, o que deixa grande parte da população desassistida em momentos críticos. Essa escassez de leitos leva a um cenário de sobrecarga das emergências gerais e coloca em risco a vida dos pacientes que, sem atendimento adequado, podem desenvolver quadros mais graves.

O dado de 44 internos do HCT, com origem principalmente em Salvador, revela a necessidade urgente de dispositivos que possam acolher esses indivíduos, já que 41 dos internos do HCT são oriundos de Salvador e municípios vizinhos, há uma demanda significativa por dispositivos de acolhimento. Contudo, a cidade possui apenas cinco Residências Terapêuticas (RTs), claramente insuficientes para atender aos internos que, eventualmente, poderão ser indicados para esses locais após análise das suas condições.

A falta de RTs compromete a reinserção social dos egressos, o que pode resultar em reincidência no sistema de saúde ou mesmo no sistema de justiça criminal. Este cenário indica que o processo de desinstitucionalização não encontra o respaldo necessário em Salvador, reforçando a necessidade de uma maior cobertura de RTs para evitar a reinstitucionalização e promover uma real reintegração dos indivíduos.

Salvador apresenta desafios adicionais, conforme os dados do IBGE (2023b), que impactam diretamente na efetividade dos serviços de saúde mental, com 36,8% da população recebendo até meio salário-mínimo e um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,759, a vulnerabilidade econômica e social amplia a demanda por serviços públicos e gratuitos, incluindo a saúde mental. Essa vulnerabilidade também pode aumentar o risco de adoecimento psíquico, demandando, portanto, uma RAPS mais robusta e com maior capacidade de atendimento.

O índice de população ocupada, de apenas 37,79% (IBGE, 2023b), evidencia um contexto de baixo poder aquisitivo e possível instabilidade econômica, que são fatores agravantes para a saúde mental coletiva. Além disso, a quantidade de estabelecimentos de saúde do SUS (367) é limitada para a complexidade e a quantidade de casos.

Desse modo, o cenário exige políticas de expansão e qualificação da rede de saúde mental, Salvador necessita de um incremento expressivo nos dispositivos de saúde mental, especialmente CAPS III e AD III, e leitos em hospitais gerais para atender a crises. Esse aumento é crucial para reduzir a sobrecarga e ampliar o acesso a tratamentos. A ampliação das Residências Terapêuticas e Unidades de Acolhimento é necessária para

garantir a continuidade do processo de desinstitucionalização e apoio a indivíduos em sofrimento psíquico, evitando a perpetuação da exclusão social.

Ademais, dado o contexto de vulnerabilidade social, é imprescindível que as políticas de saúde mental estejam alinhadas com outras políticas de assistência social e de geração de emprego e renda, para oferecer suporte integral e de longo prazo aos usuários. A insuficiência de equipamentos e a alta vulnerabilidade socioeconômica da população formam um quadro de precariedade na atenção psicossocial de Salvador, que demanda ações governamentais urgentes para oferecer serviços de saúde mental de acordo com a demanda e as necessidades específicas da população.

O segundo caso analisado diz respeito à rede de atenção à saúde mental em Vitória da Conquista, na macrorregião Sudoeste da Bahia, que apresenta sérios desafios, com uma infraestrutura limitada frente à necessidade de suporte para uma população numerosa e vulnerável.

A rede de atenção psicossocial (RAPS) em Vitória da Conquista e região está subdimensionada, pois apesar do critério populacional justificar a implementação de um CAPS III em Vitória da Conquista, o município conta apenas com um CAPS II<sup>33</sup>. A região também dispõe de um CAPS AD III, único dispositivo de atenção integral em tempo integral, mas insuficiente para atender de forma abrangente à demanda por atenção especializada, sobretudo em um contexto de alto índice de vulnerabilidade.

Segundo o Diagnóstico do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde (CESAU), a RAPS da macrorregião Sudoeste, com cerca de 670 mil habitantes (MPBA, 2023), necessita de mais pontos de atenção especializados que não sejam apenas baseados no número de habitantes do município. A região poderia se beneficiar de um planejamento de RAPS que contemple a totalidade da população e distribua adequadamente os dispositivos de acordo com a demanda e necessidades específicas.

A ausência de Unidades de Acolhimento e a limitação a uma única Residência Terapêutica revelam um cenário de desamparo para casos que necessitam de acolhimento contínuo. Essa limitação impede a adequada desinstitucionalização de pessoas em condição de sofrimento psíquico e vulnerabilidade, forçando muitas vezes o

---

<sup>33</sup> Conforme o Ministério da Saúde, o CAPS II, é voltado para atender “prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes”. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 8 nov. 2024.

prolongamento da internação hospitalar ou mesmo a reinstitucionalização em hospitais psiquiátricos.

Além disso, a região inclui vários municípios elegíveis para Serviço Residencial Terapêutico (SRT), como Barra do Choça, Poções e Planalto. A implementação desses serviços permitiria que as pessoas em sofrimento encontrassem suporte mais próximo de suas origens, reduzindo o deslocamento e o risco de descontinuidade no tratamento.

A escassez de leitos de saúde mental em hospitais gerais é outro ponto crítico, uma vez que, segundo os critérios populacionais, são necessários 29 leitos em hospitais gerais para situações de crise e estabilização de pessoas com transtornos mentais e uso abusivo de álcool e drogas. Porém, existem apenas 22 leitos no Hospital Crescência Silveira, um número insuficiente para o porte e a complexidade das demandas regionais.

A insuficiência de leitos limita a capacidade da rede de absorver e estabilizar adequadamente pessoas em crise, resultando em sobrecarga das emergências hospitalares e aumentando o risco de situações de agravamento dos quadros clínicos. A região precisa de um número maior de leitos para atender, de maneira adequada, à população vulnerável e em situação de crise.

A desinstitucionalização de internos do HCT exige a ampliação da rede de acolhimento, com 11 internos oriundos da região, dos quais 3 são de Vitória da Conquista, existe uma demanda significativa para a desinstitucionalização e para o suporte comunitário contínuo. O número insuficiente de RTs e a ausência de unidades de acolhimento dificultam o encaminhamento desses internos para dispositivos adequados ao retorno à vida social.

A falta de dispositivos adequados de acolhimento aumenta o risco de reincidência no sistema de saúde ou de retorno ao sistema de justiça. A implementação de RTs em municípios elegíveis é urgente para garantir a reintegração social e o acompanhamento dos egressos do HCT.

O quadro da saúde mental em Vitória da Conquista e região é preocupante e exige ações estruturais para fortalecimento da rede de atenção, com necessidade urgente de ampliar os CAPS para incluir um CAPS III em Vitória da Conquista, além de aumentar a oferta de RTs e Unidades de Acolhimento para suportar o processo de desinstitucionalização e atender adequadamente à população vulnerável.

A criação de leitos adicionais para saúde mental nos hospitais da região é essencial para atender às demandas de crise e desintoxicação, prevenindo sobrecarga e oferecendo um suporte eficaz em momentos críticos.

Devido às condições econômicas e sociais da população, é imprescindível um trabalho intersetorial que envolva saúde, assistência social e políticas de geração de emprego, para garantir que o suporte em saúde mental esteja alinhado a um apoio mais amplo e duradouro.

Essa análise reforça a necessidade de um planejamento de longo prazo e investimentos direcionados para a rede de atenção psicossocial, a fim de atender à população de Vitória da Conquista e região de forma integral, inclusiva e eficaz.

A próxima região a ser analisada é a de Irecê, território de origem do Internado 03, na macrorregião Centro-Norte da Bahia, na qual destacam importantes desafios estruturais para a assistência psicossocial. A infraestrutura limitada dificulta a atenção integral e o acesso a serviços especializados para a população em sofrimento psíquico.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na região apresenta lacunas graves, pois não possui CAPS I<sup>34</sup> nem CAPS de modalidades mais específicas, como CAPS AD II ou CAPSi<sup>35</sup>, apesar de atender aos critérios populacionais para sua implementação. Sem esses dispositivos, fica comprometida a capacidade de acolhimento e acompanhamento de pessoas com transtornos mentais e condições decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, especialmente para os casos que demandam atenção integral e especializada.

Segundo o diagnóstico feito pelo CESAU (MPBA, 2023), a ausência de qualquer CAPS com atendimento integral em uma região que abrange 427 mil habitantes agrava a dificuldade de oferecer suporte adequado e efetivo para os casos de sofrimento psíquico. Seria necessário analisar a implementação de CAPS mais especializados em municípios estratégicos da região para atender a essa população, assegurando uma RAPS mais funcional e abrangente.

---

<sup>34</sup> “Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados as necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes”, informa o Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 8 nov. 2024.

<sup>35</sup> “Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes”, informa o Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 8 nov. 2024.

A região carece de equipamentos para suporte residencial, o que dificulta o processo de desinstitucionalização, e a falta de Unidades de Acolhimento e RTs compromete o processo de desinstitucionalização, especialmente para indivíduos em situação de vulnerabilidade e que necessitam de suporte constante. Esses dispositivos são fundamentais para oferecer acolhimento em condições adequadas e evitar a reinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos.

A ausência desses pontos de acolhimento limita as opções de apoio para reintegração social, dificultando o cumprimento de uma política de saúde mental inclusiva e comprometida com o cuidado integral. Para promover uma RAPS efetiva e humanizada, seria essencial expandir a estrutura de acolhimento para melhor atender aos indivíduos em sofrimento psíquico.

O atendimento hospitalar para crises é insuficiente para atender à população local, pois, segundo os critérios populacionais, seriam necessários 17 leitos de saúde mental em hospitais gerais da região para atender situações de crise e estabilização de pessoas com transtornos mentais ou uso abusivo de álcool e drogas. No entanto, a ausência de uma rede hospitalar especializada em saúde mental deixa a população desassistida em momentos críticos. A falta de leitos específicos sobrecarrega os serviços gerais de emergência e impede que pessoas em crise recebam atendimento adequado para estabilização e tratamento imediato, aumentando o risco de agravamento dos quadros clínicos. A implementação de leitos específicos de saúde mental em hospitais gerais na região é essencial para suprir essa demanda e evitar sobrecarga no sistema.

O contexto socioeconômico da população de Irecê revela fatores de vulnerabilidade que ampliam a demanda por serviços de saúde mental,

O quadro da saúde mental em Irecê e região Centro-Norte exige medidas urgentes para ampliar e fortalecer a estrutura de atenção psicossocial, sendo relevante estabelecer CAPS AD II e CAPSi na região para atender às demandas de atendimento integral e especializado, bem como considerar a implantação de CAPS III em municípios estratégicos, oferecendo suporte para a população de 427 mil habitantes.

A criação de Unidades de Acolhimento e Residências Terapêuticas é necessária para suportar o processo de desinstitucionalização e oferecer condições adequadas de reinserção social e cuidado integral aos indivíduos em sofrimento psíquico.

A criação de leitos específicos de saúde mental em hospitais gerais é essencial para proporcionar atendimento adequado durante situações de crise, promovendo estabilização e desintoxicação.

É imprescindível que as políticas de saúde mental da região estejam integradas com outras políticas de assistência social, educação e emprego, para apoiar a população em vulnerabilidade e oferecer suporte completo e sustentável.

A análise indica que a região de Irecê precisa de um reforço significativo na infraestrutura de saúde mental para proporcionar uma atenção digna e acessível a todos os cidadãos, respeitando o direito ao cuidado integral e humanizado.

O Internado 04 é da região de Senhor do Bonfim, região Norte da Bahia, que revela limitações e necessidades para atender adequadamente à população, que se encontra em condições de alta vulnerabilidade socioeconômica.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na região apresenta estrutura restrita, uma vez que Senhor do Bonfim possui um CAPS I, que atende ao critério populacional da região, mas é insuficiente para oferecer um suporte completo a indivíduos em sofrimento psíquico, especialmente em casos mais graves que demandam atenção contínua e integral, como os que necessitam de CAPS III ou CAPS AD.

A falta de CAPS AD e CAPS de maior complexidade indica que a rede pode não conseguir atender à demanda de indivíduos que necessitam de cuidados mais intensivos ou específicos. Esse cenário limita as possibilidades de tratamento e acompanhamento de casos de média e alta complexidade na própria região, o que pode resultar em deslocamentos para outras cidades e sobrecarga nos serviços disponíveis.

A ausência de uma rede hospitalar com especialização em saúde mental compromete o atendimento em situações de crise, pois a inexistência de hospitais especializados ou leitos de saúde mental em hospitais gerais impede que a região ofereça suporte para estabilização e tratamento de emergência para pessoas em crise. Esse fator é especialmente crítico, pois implica que indivíduos em condições graves precisem ser transferidos para outras localidades, o que pode atrasar o atendimento e agravar o quadro clínico.

Sem uma rede hospitalar adequada, a população em condições de sofrimento psíquico tem acesso limitado a serviços de estabilização e desintoxicação, essenciais para o cuidado em situações de crise, especialmente para usuários de álcool e outras substâncias.

A ampliação da RAPS seria essencial para que a região ofereça uma atenção mais integral e contínua aos indivíduos em sofrimento psíquico, assegurando que o cuidado à saúde mental não dependa apenas de um CAPS I.

A análise da situação de saúde mental e da infraestrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na região de Barreiras, macrorregião Oeste da Bahia, aponta uma série de insuficiências e necessidades que afetam a oferta de serviços para uma população numerosa e com indicadores de vulnerabilidade.

A infraestrutura da RAPS em Barreiras e região carece de dispositivos especializados e de maior complexidade, haja vista que o município de Luís Eduardo Magalhães, com uma população estimada de 116.662 pessoas em 2024 (IBGE, 2023c), possui apenas um CAPS II e um CAPS AD, apesar de atender ao critério populacional para implementação de CAPS III e CAPS AD III. Isso limita a capacidade de atendimento integral para pessoas em sofrimento psíquico grave ou que fazem uso abusivo de substâncias, especialmente nos casos que demandam atenção contínua e especializada.

Municípios vizinhos, como Formosa do Rio Preto e Riachão das Neves, não possuem nenhum CAPS implementado, mesmo cumprindo os critérios para a instalação de CAPS I. A carência de dispositivos de atenção psicossocial nesses municípios sobrecarrega o atendimento em Barreiras e compromete a cobertura regional da RAPS, prejudicando o acesso ao atendimento próximo e contínuo.

Dada a abrangência da macrorregião, com 465 mil habitantes, de acordo com o diagnóstico do CESAU de 2023 (MPBA, 2023), é crucial um planejamento que considere a implementação de CAPS III e AD III não apenas em Barreiras, mas também em outros pontos estratégicos da região, para atender à demanda de forma descentralizada e ampliar o acesso ao cuidado especializado.

A ausência de equipamentos de acolhimento impacta negativamente o processo de desinstitucionalização e reinserção social, pois a região Oeste não possui Unidades de Acolhimento nem RTs, essenciais para o acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico prolongado ou em condição de vulnerabilidade, inclusive para egressos do sistema prisional ou de hospitais psiquiátricos. A falta desses dispositivos impede o suporte adequado para aqueles que necessitam de atenção transitória ou de longa permanência.

Sem dispositivos de acolhimento, o processo de desinstitucionalização fica comprometido, o que resulta em uma maior probabilidade de reinstitucionalização ou permanência prolongada de pacientes em instituições hospitalares e no sistema de custódia. A implementação desses serviços é urgente para garantir a reintegração social dos indivíduos e evitar sua marginalização.

A falta de leitos em saúde mental nos hospitais da região dificulta a resposta a situações de crise, posto que com base nos critérios populacionais, a região necessita de

20 leitos de saúde mental para atender casos de internação decorrentes de crises relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas. No entanto, a ausência de uma rede hospitalar com leitos dedicados a esses casos coloca a população em situação de vulnerabilidade, especialmente em emergências, sem acesso a tratamento adequado.

A falta de leitos específicos para saúde mental força os pacientes a buscarem atendimento em emergências gerais, onde muitas vezes não recebem o cuidado especializado necessário, o que pode agravar o quadro clínico e aumentar o tempo de recuperação.

A situação do paciente que aguarda transporte após decisão de soltura ilustra dificuldades operacionais e a necessidade de maior articulação. O atraso no transporte após a decisão de soltura reflete uma desarticulação entre o sistema de justiça e o sistema de saúde, que deveria garantir o transporte imediato para evitar a permanência desnecessária em custódia. Isso exemplifica a falta de infraestrutura para atender às necessidades de pessoas que dependem de medidas de saúde e segurança para reintegração. A espera prolongada pelo transporte viola o direito à liberdade e à continuidade de cuidados em ambiente adequado, refletindo a necessidade de protocolos claros e agilidade na execução de medidas de reinserção de pessoas em sofrimento psíquico ou sob medidas de segurança.

A análise dos dados aponta para uma necessidade urgente de fortalecimento da RAPS e da infraestrutura de saúde mental na região de Barreiras com a criação de CAPS III e AD III em Barreiras e a expansão da rede para municípios sem CAPS são essenciais para oferecer atendimento contínuo e especializado à população da região Oeste.

A criação de dispositivos de acolhimento residencial é crucial para garantir que o processo de desinstitucionalização ocorra de maneira eficaz e que os indivíduos tenham acesso a suporte durante a reintegração.

A disponibilização de leitos em hospitais para atendimento de saúde mental é essencial para que pacientes em crise recebam tratamento adequado e imediato. Deve-se implementar protocolos eficazes que facilitem a transição de pacientes em medida de segurança para o sistema de saúde, garantindo transporte e continuidade de cuidados de maneira célere e eficiente.

Essa análise reforça a necessidade de planejamento regional para fortalecer a RAPS e a articulação entre os setores de saúde e justiça, garantindo que a população da região Oeste tenha acesso a uma rede de saúde mental capaz de oferecer cuidado integral, humanizado e inclusivo.

A análise da estrutura de saúde mental na região de Itaberaba, macrorregião Centro-Leste da Bahia, evidencia uma série de limitações na capacidade de atendimento psicossocial e nas condições socioeconômicas, que demandam uma infraestrutura mais robusta para atender adequadamente à população em sofrimento psíquico.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Itaberaba é limitada e carece de dispositivos especializados uma vez que a região de Itaberaba conta apenas com um CAPS I, que atende ao critério populacional, mas oferece suporte restrito para casos mais graves. A ausência de CAPS de maior complexidade, como CAPS II ou III, dificulta a prestação de cuidados integrais e especializados para pessoas em crise ou com transtornos psíquicos graves.

A ausência de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) compromete ainda mais o atendimento de emergência para casos de saúde mental, já que o SAMU é essencial para transporte e primeiros socorros em situações de crise. A falta desse serviço acentua as dificuldades de resposta rápida e adequada aos casos graves.

A quantidade de leitos de saúde mental em hospitais gerais é insuficiente para atender à demanda da população, haja vista que a região possui apenas 4 leitos de saúde mental em hospitais gerais, embora faça jus à implementação de 17 leitos para atender casos de internação por situações de crise e estabilização. Essa falta de leitos limita a capacidade de resposta em emergências psiquiátricas e sobrecarrega os serviços gerais de saúde. Com tão poucos leitos, a população em crise pode não ter acesso ao atendimento adequado, resultando em atrasos no cuidado ou necessidade de deslocamento para outras regiões, o que agrava a situação clínica e compromete o processo de estabilização.

Apesar de contar com 16 estabelecimentos de saúde pelo SUS, a capacidade ainda se mostra insuficiente para atender à complexidade das demandas em saúde mental, pois não contempla a implementação de serviços especializados em saúde mental que possam atender de forma adequada à população em condição de vulnerabilidade. A falta de estrutura dificulta o acesso a um cuidado contínuo e efetivo.

A análise da infraestrutura de saúde mental em Itaberaba revela uma necessidade urgente de fortalecimento da RAPS e da rede de atendimento em saúde mental para atender à população de maneira integra, com a criação de CAPS II e a ampliação de CAPS em outros municípios próximos para garantir o suporte necessário a indivíduos em condições mais graves de sofrimento psíquico.

A implementação dos 17 leitos necessários de saúde mental em hospitais gerais é crucial para atender situações de crise e estabilização de pacientes, evitando que os

poucos leitos disponíveis sejam insuficientes e que a população fique desassistida. A inclusão do SAMU na região é essencial para que haja uma resposta rápida em situações de emergência psiquiátrica, evitando agravamentos decorrentes de falta de atendimento móvel de urgência.

A condição socioeconômica da população exige que a política de saúde mental seja integrada com assistência social, geração de emprego e educação, para garantir um suporte mais completo e sustentado, ajudando a reduzir o impacto das condições de vida na saúde mental da população.

Em resumo, a situação de saúde mental em Itaberaba demanda ações imediatas para expandir a infraestrutura e oferecer um atendimento digno e acessível, assegurando que a população em condição de vulnerabilidade receba o cuidado integral que necessita.

A análise da infraestrutura de saúde mental na região de Itabuna, na macrorregião Sul da Bahia, revela um cenário de grande carência em dispositivos de atenção psicossocial, agravado pela ausência de serviços de emergência e de acolhimento adequado para pessoas em sofrimento psíquico. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na região de Itabuna é insuficiente e subdimensionada para atender à população:

Embora os municípios de Buerarema e Marau tenham critérios populacionais para implementação de CAPS I, eles ainda não contam com esse dispositivo, o que impede a oferta de cuidados básicos em saúde mental para seus habitantes. Itabuna possui critérios para implementação de CAPS III e CAPS AD III, mas atualmente oferece apenas CAPS II, CAPS AD e CAPSi. A ausência de CAPS III e AD III limita a capacidade de atendimento em tempo integral para casos graves, exigindo que pacientes com necessidade de acolhimento contínuo e especializado busquem atendimento fora da região.

O diagnóstico realizado pelo CESAU, em 2023 (MPBA, 2023), indica que com uma população de aproximadamente 532 mil habitantes, a falta de dispositivos de atenção integral em outros municípios agrava a situação, aumentando a pressão sobre os serviços já insuficientes de Itabuna e restringindo o acesso ao atendimento próximo e contínuo.

A falta de Unidades de Acolhimento e de Residências Terapêuticas prejudica o processo de desinstitucionalização. A região de saúde não dispõe de Unidades de Acolhimento nem de Residências Terapêuticas, essenciais para oferecer um suporte adequado a pessoas em sofrimento psíquico que necessitam de atendimento de caráter transitório ou de longa permanência. A ausência desses dispositivos limita as

possibilidades de reintegração social e favorece a permanência prolongada em instituições hospitalares ou psiquiátricas.

A falta de RTs compromete o processo de desinstitucionalização dos internos que poderiam ser reintegrados em contextos residenciais, uma estratégia fundamental para evitar a reinternação e promover uma vida em comunidade para os egressos do sistema de saúde mental e de custódia.

A capacidade hospitalar para atendimento em situações de crise na região é extremamente limitada, pois de acordo com os critérios populacionais, a região necessita de 23 leitos de saúde mental em hospitais gerais para atender casos de internação decorrentes de crises, especialmente relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. No entanto, a região não possui qualquer leito desse tipo, o que agrava a situação dos indivíduos em crise que precisam de estabilização e tratamento imediato. A ausência de leitos específicos força a busca por atendimento fora da região, levando a atrasos que podem agravar os quadros clínicos. Essa falta de leitos também pressiona os serviços de emergência geral, onde o atendimento especializado é mais difícil de ser obtido.

A análise das origens dos internos do Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) mostra a demanda por suporte residencial na região, com a presença de nove internos da região no HCT, com origens em Itabuna, Buerarema, Camacã, Ibicaraí, Itaju do Colônia e Itajuípe, o que indica a necessidade de análise e planejamento para a desinstitucionalização. Esses indivíduos poderiam ser transferidos para RTs, caso estas fossem implementadas na região, reduzindo a dependência de instituições de custódia e promovendo a reintegração social.

A análise dos dados reforça a urgência de fortalecer a infraestrutura de saúde mental e implementar uma RAPS mais eficaz na região de Itabuna, sendo essencial que se ampliem os serviços de CAPS em Itabuna e se implemente CAPS I em municípios que atendem aos critérios populacionais, como Buerarema e Marajú, para que a população tenha acesso ao atendimento especializado de maneira descentralizada.

A criação de Unidades de Acolhimento e Residências Terapêuticas é fundamental para assegurar o acolhimento de indivíduos que necessitam de suporte contínuo e para viabilizar o processo de desinstitucionalização dos internos do HCT e a criação dos 23 leitos necessários em hospitais gerais é crucial para permitir que as pessoas em situação de crise tenham acesso ao tratamento adequado e imediato.

Essas medidas são essenciais para garantir que a população da região de Itabuna tenha acesso a uma rede de saúde mental que respeite o direito ao cuidado integral e humanizado, especialmente para aqueles em condição de sofrimento e vulnerabilidade.

A análise da infraestrutura de saúde mental na região de Alagoinhas, macrorregião Nordeste da Bahia, aponta deficiências e demandas de ampliação para atender adequadamente uma população numerosa e economicamente vulnerável, com base nos dados fornecidos.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Alagoinhas é incompleta para atender às necessidades regionais. O município de Alagoinhas possui um CAPS III e um Equipes Multiprofissionais em Saúde Mental (eMAESM) Tipo II<sup>36</sup>, mas, apesar de cumprir critérios populacionais para a implementação de CAPS AD III e CAPSi, esses serviços não estão disponíveis. Isso limita o atendimento integral para casos mais complexos e graves que exigem acompanhamento contínuo.

Municípios como Acajutiba, Aporá e Sátiro Dias têm critérios populacionais para implementar CAPS I, mas ainda não possuem esses dispositivos, o que aumenta a pressão sobre os serviços de Alagoinhas e compromete o acesso regionalizado ao atendimento psicossocial básico.

A região Nordeste, com cerca de 556 mil habitantes, de acordo com o diagnóstico do CESAU, em 2023, dispõe de apenas um CAPS III e nenhum CAPS AD III ou CAPSi. Um planejamento que contemple a implementação desses equipamentos em Alagoinhas e outros municípios estratégicos, como Jequié, poderia aumentar o acesso e a efetividade da RAPS, proporcionando um cuidado integral para a população em sofrimento psíquico.

A ausência de Unidades de Acolhimento e Residências Terapêuticas (RTs) prejudica o processo de desinstitucionalização, a região não possui Unidades de Acolhimento ou Residências Terapêuticas, essenciais para o acolhimento de indivíduos em situação de vulnerabilidade psíquica e social que necessitam de suporte contínuo. A

---

<sup>36</sup> Esclarece o Ministério da Saúde: “As Equipes Multiprofissionais em Saúde Mental são serviços especializados registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), compostas obrigatoriamente por profissionais de medicina, enfermagem, psiquiatria, assistência social, psicologia, terapia ocupacional, além de técnicos/auxiliares de enfermagem, cargos administrativos e outras categorias profissionais prevista. [...] As equipes atuam no cuidado e atendimento de pessoas que apresentam transtornos mentais mais prevalentes e de gravidade moderada. É o caso de transtornos como o de ansiedade, de humor e dependência química [...]”. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/atencao-psicossocial-estrategica/equipes-multiprofissionais-de-atencao-especializada-em-saude-mental>. Acesso em: 10 nov. 2024.

ausência desses dispositivos limita as alternativas de reintegração social e favorece a permanência prolongada em hospitais psiquiátricos ou instituições asilares.

A falta de RTs prejudica o processo de desinstitucionalização, essencial para evitar a reinstitucionalização e para promover a reinserção social de pessoas em sofrimento psíquico que não precisam de internação prolongada. A implementação desses dispositivos é urgente para atender às diretrizes de humanização e inclusão da RAPS.

De igual maneira, a insuficiência de leitos de saúde mental em hospitais gerais representa um grande desafio para o atendimento em crises, pois a região deveria contar com 24 leitos de saúde mental em hospitais gerais, conforme os critérios populacionais, mas não há indicação de que essa quantidade esteja disponível. Isso afeta a capacidade de resposta em emergências psiquiátricas, especialmente em casos de desintoxicação e estabilização de pacientes com transtornos decorrentes do uso de substâncias.

A falta de leitos específicos para saúde mental sobrecarrega os serviços de emergência geral e prejudica o atendimento rápido e eficaz a pessoas em crise, podendo levar ao agravamento dos quadros clínicos e à necessidade de transferências para outras regiões.

Os internos da região que estão em custódia refletem a necessidade de dispositivos de acolhimento para facilitar a desinstitucionalização, com nove internos do Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) provenientes de municípios próximos, como Ipiaú, Jaguaquara e Jequié, logo, há uma demanda clara por análise de desinstitucionalização e encaminhamento para RTs na região, que, no entanto, não possui esses equipamentos. A implementação de RTs permitiria que esses internos recebessem suporte de reabilitação mais próximo, facilitando a reintegração e o acompanhamento contínuo.

Os dados reforçam a urgência de um planejamento robusto para a infraestrutura de saúde mental e o fortalecimento da RAPS na região de Alagoinhas, com a expansão da RAPS e Implementação de CAPS Especializados, através da criação de CAPS AD III e CAPSi em Alagoinhas, juntamente com CAPS I em municípios como Acajutiba e Aporá, de maneira a descentralizar o atendimento e atender à população em sofrimento psíquico de forma mais abrangente.

A implementação de dispositivos de acolhimento residencial é fundamental para o avanço da política de desinstitucionalização e para oferecer suporte adequado e contínuo a pessoas em situação de vulnerabilidade psíquica e social, assim como a criação

dos 24 leitos necessários para garantir que os indivíduos em crise possam ser atendidos e estabilizados de maneira rápida e eficaz.

Em resumo, o fortalecimento da rede de saúde mental em Alagoinhas e na região Nordeste é essencial para assegurar o cuidado integral e humanizado à população, principalmente aos indivíduos em sofrimento psíquico e situação de vulnerabilidade.

A análise da situação de saúde mental na região de Guanambi, na macrorregião Sudoeste da Bahia, evidencia desafios estruturais e falta de dispositivos adequados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atender à demanda de uma população significativa e em condições de alta vulnerabilidade. O caso específico do paciente em internação prolongada sem previsão de saída e a carência de vagas em Serviço Residencial Terapêutico (SRT) destacam a urgência de melhorias na rede de acolhimento.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Guanambi é insuficiente para a demanda local e carece de equipamentos especializados. A região conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) que atende aos critérios populacionais, mas não oferece o suporte necessário para casos de média e alta complexidade que demandam atendimento contínuo e integral. Para esses casos, seriam necessários dispositivos como CAPS III e CAPS AD, os quais são essenciais para o atendimento de pessoas em situação de crise. A falta desses equipamentos de maior complexidade limita a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados.

Além disso, com uma população de aproximadamente 52 mil pessoas, com base nas informações constantes do diagnóstico CESAU (MPBA, 2023), a região de saúde requer um planejamento mais abrangente para implantar dispositivos especializados que possam atender à complexidade dos casos. A ausência de uma rede hospitalar de referência em saúde mental sobrecarrega o CAPS I e restringe o atendimento em situações de emergência.

A falta de Unidades de Acolhimento e de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) prejudica o processo de desinstitucionalização na região. Embora elegível para o SRT segundo a Portaria SESAB nº 349, de 2021, Guanambi ainda carece desse tipo de serviço, o qual é essencial para oferecer acolhimento a pessoas que não necessitam mais de internação hospitalar, mas que ainda requerem um ambiente terapêutico para transição à vida comunitária. Casos de pacientes internados desde 2018 exemplificam a demanda reprimida por vagas em SRT, cuja ausência compromete uma transição segura e humanizada para essas pessoas.

Sem SRTs e Unidades de Acolhimento, o processo de desinstitucionalização é gravemente afetado. Indivíduos que poderiam ser transferidos para ambientes menos restritivos permanecem em internações prolongadas, contrariando diretrizes de cuidado humanizado e reintegração social.

A carência de leitos de saúde mental em hospitais gerais representa outra barreira significativa ao atendimento de emergências psiquiátricas. A região de Guanambi deveria contar com cerca de 20 leitos de saúde mental para atendimentos de crise e internações emergenciais, mas atualmente não possui leitos disponíveis para essa finalidade. Isso impede o atendimento adequado em crises psiquiátricas, incluindo casos de desintoxicação e estabilização de pacientes em situações agudas.

A falta desses leitos específicos obriga os pacientes a buscar atendimento em outras regiões ou em emergências gerais, onde o suporte especializado é limitado. Esse déficit aumenta o risco de agravamento das crises e sobrecarrega os serviços de saúde locais, limitando a resposta às necessidades psiquiátricas emergenciais da população.

A análise da infraestrutura de saúde mental na região de Santo Antônio de Jesus, situada na macrorregião Leste da Bahia, evidencia falhas significativas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que comprometem a oferta de um atendimento adequado e integral à população, principalmente em casos de alta complexidade e na implementação da estratégia de desinstitucionalização.

A estrutura de atenção psicossocial em Santo Antônio de Jesus é insuficiente para atender à demanda regional. A região conta com um CAPS II e um CAPS AD, que atendem aos critérios populacionais do município. No entanto, a ausência de dispositivos de atenção integral, como CAPS III e CAPS AD III, compromete o suporte a casos mais graves e complexos, que requerem acompanhamento contínuo e em tempo integral. Além disso, com uma população de cerca de 472 mil habitantes (MPBA, 2023), a macrorregião Leste carece de CAPS III e CAPS AD III, que são essenciais para o atendimento integral de indivíduos em crise ou que necessitam de desintoxicação. Para um funcionamento efetivo da RAPS, seria importante considerar a implementação desses equipamentos em municípios estratégicos além de Santo Antônio de Jesus, para descentralizar e ampliar o atendimento especializado.

A ausência de Unidades de Acolhimento e de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) também limita o processo de desinstitucionalização na região. A região não dispõe de Unidades de Acolhimento nem de Residências Terapêuticas (RTs), dispositivos fundamentais para a política de desinstitucionalização. Esses equipamentos são essenciais

para oferecer suporte contínuo e humanizado a pessoas que necessitam de acolhimento transitório ou permanente, evitando que elas permaneçam por períodos prolongados em hospitais psiquiátricos. Santo Antônio de Jesus, assim como outros municípios da região, é elegível para o SRT segundo a Portaria SESAB nº 349 de 2021. A implementação desses dispositivos permitiria a reintegração social de indivíduos que já não necessitam de internação hospitalar prolongada, mas que ainda precisam de um ambiente terapêutico para garantir seu bem-estar e autonomia.

A quantidade de leitos de saúde mental na região é insuficiente para atender à demanda por internações em situações de crise. Com base nos critérios populacionais, a região deveria contar com 18 leitos de saúde mental em hospitais gerais para atender emergências relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. No entanto, a carência desses leitos compromete o atendimento adequado em situações de crise, forçando os pacientes a buscar atendimento fora da região ou em emergências gerais. A ausência de leitos específicos para saúde mental nos hospitais gerais dificulta a estabilização e o atendimento em crises psiquiátricas, sobrecarregando outros serviços de saúde e expondo os pacientes a situações de vulnerabilidade, com risco de agravamento dos sintomas.

A análise da infraestrutura de saúde mental na região de Vitória da Conquista, macrorregião Sudeste da Bahia, evidencia que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é insuficiente para atender à população, que é numerosa e economicamente vulnerável. A falta de dispositivos de atendimento integral e o suporte inadequado para os processos de desinstitucionalização destacam a necessidade urgente de fortalecimento da rede de saúde mental na região.

A análise da estrutura de saúde mental na região de Teixeira de Freitas, macrorregião Extremo Sul da Bahia, revela grandes desafios para o atendimento adequado da população, especialmente em casos que exigem atenção integral e continuidade de cuidados. A falta de dispositivos especializados e de leitos hospitalares para saúde mental evidencia a necessidade urgente de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na região.

A RAPS em Teixeira de Freitas possui limitações importantes para atender à demanda populacional. Embora o município tenha um CAPS I que atende ao critério populacional básico, não dispõe de CAPS III ou CAPS AD III, dispositivos essenciais para o atendimento de casos graves e situações de crise, com acompanhamento em tempo integral. A ausência desses serviços limita a capacidade de resposta da RAPS, especialmente em uma região com 464 mil habitantes, dado este apontado pelo

diagnóstico CESAU (MPBA, 2023), onde a necessidade de suporte integral é alta. A carência de dispositivos de atenção especializada integral, como CAPS III e AD III, não apenas em Teixeira de Freitas, mas em toda a macrorregião, afeta a eficiência do sistema. A RAPS regional deveria ser planejada de forma a distribuir e implementar esses dispositivos em pontos estratégicos, com o objetivo de atender adequadamente à população em sofrimento psíquico.

A falta de Unidades de Acolhimento e de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) compromete a política de desinstitucionalização. A região não conta com Unidades de Acolhimento nem Residências Terapêuticas, dispositivos essenciais para pessoas que necessitam de um ambiente terapêutico e acolhedor, seja de forma transitória ou permanente. A ausência desses equipamentos dificulta o processo de desinstitucionalização e a reinserção social de indivíduos que poderiam estar em um ambiente menos restritivo do que hospitais psiquiátricos. A demanda por desinstitucionalização e suporte residencial é evidente, com quatro internos do Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) oriundos de municípios como Caravelas e Nova Viçosa, reforçando a necessidade de SRTs. Sem esses serviços, a desinstitucionalização fica comprometida, e pacientes que poderiam ser reintegrados à sociedade permanecem em instituições de custódia.

A capacidade de atendimento hospitalar em saúde mental na região é insuficiente para atender à demanda. De acordo com os critérios populacionais, são necessários 20 leitos de saúde mental em hospitais gerais para atender pacientes em crises relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. No entanto, a região não possui esses leitos, o que compromete a capacidade de resposta em situações de crise e força pacientes a buscar atendimento fora da região. A falta de leitos específicos para saúde mental em hospitais impede um atendimento imediato e adequado para estabilização e desintoxicação, resultando em sobrecarga dos serviços gerais de saúde e aumento do risco de agravamento dos sintomas dos pacientes.

A análise da infraestrutura de saúde mental na região de Jacobina, classificada pela SESAB como uma área de vazio assistencial, evidencia uma rede de atenção psicossocial (RAPS) altamente deficiente. A ausência de dispositivos especializados para atendimento integral e para a desinstitucionalização compromete o suporte adequado à população de cerca de 407 mil habitantes da região (MPBA, 2023), que apresenta alta vulnerabilidade socioeconômica.

A RAPS na região de Jacobina é limitada e incapaz de atender adequadamente às demandas populacionais. A região não conta com dispositivos de CAPS especializados, como CAPS III ou CAPS AD III, apesar da demanda por atendimento integral e em tempo integral para casos de maior complexidade. Os municípios de Ourolândia, Piritiba e Umburanas, que atendem aos critérios para implementação de CAPS I, não possuem esses dispositivos. Essa ausência compromete o atendimento de pessoas em crise ou que requerem acompanhamento contínuo. A classificação como vazio assistencial pela SESAB ressalta a carência de equipamentos de saúde mental na região. Esse contexto aumenta a sobrecarga das unidades de atenção básica (UBS), que não possuem estrutura nem pessoal capacitado para atender casos de média e alta complexidade.

A região enfrenta uma ausência total de unidades de acolhimento e de serviços residenciais terapêuticos (SRTs), que são cruciais para a política de desinstitucionalização, sem unidades de acolhimento e RTs, a região não oferece alternativas de reabilitação em ambiente terapêutico para indivíduos que não necessitam de internação hospitalar prolongada. Esse vazio estrutural impede a reintegração social e obriga indivíduos que poderiam ser desinstitucionalizados a permanecerem em ambientes psiquiátricos, contrariando as diretrizes de humanização e inclusão social.

Com cinco internos do Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) oriundos de municípios da região, como Mairi e Miguel Calmon, há uma demanda específica e urgente por dispositivos de acolhimento na área. Sem RTs, os pacientes indicados para desinstitucionalização não encontram o suporte necessário para serem reintegrados de forma segura e terapêutica.

A falta de leitos especializados em saúde mental agrava a dificuldade de atendimento em situações de crise e segundo critérios populacionais, são necessários 17 leitos de saúde mental para atendimento hospitalar de crises e situações que exigem estabilização e desintoxicação. A região, no entanto, não possui leitos especializados em saúde mental, o que limita a capacidade de resposta a emergências psiquiátricas e compromete o atendimento em tempo adequado.

Sem leitos para saúde mental, pacientes em crise são obrigados a buscar atendimento fora da região ou em emergências gerais que não contam com a estrutura especializada, expondo-os a riscos de agravamento do quadro e maior tempo de espera para tratamento.

A análise revela a urgência de investimento e planejamento para o fortalecimento da RAPS e da infraestrutura de saúde mental na região de Jacobina, especialmente para

atender à população em situação de alta vulnerabilidade, com a criação de CAPS III e CAPS AD III é essencial para oferecer atendimento integral e especializado a casos de média e alta complexidade. Além disso, os municípios de Orolândia, Piritiba e Umburanas necessitam de CAPS I para atendimento de casos menos complexos e acompanhamento contínuo da população.

A criação de RTs e Unidades de Acolhimento é crucial para avançar na política de desinstitucionalização, oferecendo suporte terapêutico e reintegração social para pessoas que não precisam mais de internação hospitalar.

A implementação dos 17 leitos necessários em hospitais gerais é fundamental para atender pacientes em crise, evitando deslocamentos para outras regiões e possibilitando um tratamento mais rápido e eficaz.

Dada a vulnerabilidade socioeconômica da população, é importante que as políticas de saúde mental sejam integradas com iniciativas de assistência social e geração de emprego, para apoiar as pessoas em sofrimento psíquico e reduzir os fatores de risco associados às condições de vida precárias.

Essas ações são fundamentais para assegurar que a população da região de Jacobina tenha acesso a uma rede de saúde mental acolhedora, capaz de promover o cuidado integral e garantir a inclusão social dos indivíduos em sofrimento psíquico.

A análise da infraestrutura de saúde mental no município de Dias d'Ávila e na região de saúde de Camaçari, na macrorregião Leste da Bahia, evidencia lacunas importantes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A ausência de dispositivos especializados e de leitos de saúde mental em hospitais compromete o atendimento integral e adequado à população, que apresenta uma alta dependência dos serviços públicos de saúde.

A RAPS em Dias d'Ávila possui limitações significativas, como, por exemplo CAPS I insuficiente para demandas complexas. O município de Dias d'Ávila conta com um CAPS I, que atende ao critério populacional básico, mas é insuficiente para oferecer suporte adequado a casos de média e alta complexidade. A região, com 626 mil habitantes (MPBA, 2023), conta com apenas um dispositivo de atenção integral especializado (CAPS III ou CAPS AD III) em Camaçari, o que é inadequado para a demanda regional e sobrecarrega os serviços, especialmente em situações de crise.

A análise regional mostra que a implementação de dispositivos de maior complexidade em municípios estratégicos, além de Camaçari, poderia ajudar a descentralizar o atendimento. A instalação de um CAPS III e um CAPS AD III em outros

municípios da região, como Dias d'Ávila, contribuiria para suprir a demanda e atender melhor à população em sofrimento psíquico.

A ausência de Unidades de Acolhimento e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) na região limita a política de desinstitucionalização. A região de Camaçari não possui Unidades de Acolhimento ou SRTs, dispositivos essenciais para a reintegração social de indivíduos que não necessitam mais de internação hospitalar, mas precisam de suporte contínuo em um ambiente terapêutico. A ausência desses equipamentos impede que pessoas com condições de sofrimento psíquico avancem no processo de desinstitucionalização.

Com sete internos do Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) oriundos de municípios da região, incluindo Dias d'Ávila, há uma demanda significativa por SRTs para facilitar a transição desses indivíduos para um ambiente de acolhimento terapêutico. A falta de RTs na região obriga a dependência das vagas disponíveis em Salvador,

A falta de leitos especializados em saúde mental para atendimento hospitalar agrava a dificuldade de responder a situações de crise. De acordo com critérios populacionais, a região deveria contar com 27 leitos de saúde mental para internações de emergência relacionadas a transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas. A ausência desses leitos em hospitais gerais compromete o atendimento imediato em crises, expondo os pacientes a riscos de agravamento dos sintomas e a necessidade de deslocamento para outras regiões.

A falta de leitos para estabilização e desintoxicação dificulta o atendimento rápido e especializado de pessoas em situação de crise, sobrecarregando os serviços de emergência geral, que nem sempre contam com profissionais especializados para tratar casos de saúde mental.

A análise dos dados reforça a necessidade de fortalecer a RAPS e ampliar a infraestrutura de saúde mental em Dias d'Ávila e na região de Camaçari para atender adequadamente à população em sofrimento psíquico por meio da criação de CAPS III e CAPS AD III em municípios estratégicos, como Dias d'Ávila.

A implementação de SRTs e Unidades de Acolhimento é crucial para avançar na política de desinstitucionalização e oferecer suporte terapêutico adequado para indivíduos que precisam de um ambiente residencial. Esses dispositivos são essenciais para reduzir a dependência de vagas em Salvador e para promover a reintegração social dos egressos do HCT e de outras instituições.

A criação dos 27 leitos necessários para saúde mental em hospitais gerais é fundamental para oferecer tratamento de estabilização e desintoxicação, garantindo atendimento rápido e especializado para crises, sem necessidade de deslocamento para outras regiões.

Devido às condições de vulnerabilidade da população, é essencial que as políticas de saúde mental estejam alinhadas com ações de assistência social e geração de emprego, promovendo uma rede de apoio mais ampla e reduzindo os fatores de risco associados ao sofrimento psíquico.

Essas ações são indispensáveis para assegurar que a população de Dias d'Ávila e da região de Camaçari tenha acesso a uma rede de saúde mental robusta e acolhedora, capaz de oferecer cuidado integral e promover a inclusão e a qualidade de vida.

A análise da infraestrutura de saúde mental no município de Ipiaú e na região de saúde de Jequié, macrorregião Sul da Bahia, aponta deficiências na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A carência de dispositivos de atenção integral e leitos hospitalares para saúde mental compromete o atendimento à população, especialmente em casos de maior complexidade e em situações de crise.

A RAPS em Ipiaú e na região de Jequié apresenta limitações significativas para atender à demanda populacional, embora Ipiaú possua um CAPS I que atende ao critério populacional básico, a região, com aproximadamente 516 mil habitantes (MPBA, 2023), não dispõe de CAPS III, CAPS AD III ou CAPSi. Esses dispositivos são essenciais para o atendimento integral e contínuo de casos de média e alta complexidade, especialmente para indivíduos em situação de crise e para o atendimento infantojuvenil.

A implementação de CAPS III e CAPS AD III em Jequié, município central da região, é essencial para suprir as demandas regionais. Além disso, a criação de CAPS I em municípios como Brejões e Itagibá ampliaria a cobertura básica de atenção psicossocial, descentralizando e facilitando o acesso ao atendimento inicial em saúde mental.

A ausência de Unidades de Acolhimento e de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) dificulta a reintegração de pacientes ao convívio social. A região não possui unidades de acolhimento nem residências terapêuticas, equipamentos fundamentais para a desinstitucionalização e para evitar a permanência prolongada em hospitais psiquiátricos. Sem esses dispositivos, o processo de reinserção social é limitado, o que compromete a recuperação de pacientes que necessitam de suporte terapêutico contínuo em ambiente residencial.

A região conta com nove internos do Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) que são originários de municípios como Ipiaú, Jaguaquara e Jequié. Estes indivíduos demandam uma análise de desinstitucionalização, e a presença de SRTs permitiria uma transição adequada para um ambiente de acolhimento terapêutico, facilitando sua reintegração social.

A quantidade de leitos para saúde mental é insuficiente para atender à demanda de internações por crises, de maneira que a região necessita de 22 leitos de saúde mental para atender emergências psiquiátricas, especialmente relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Atualmente, apenas 16 leitos estão disponíveis em hospitais gerais, sendo 4 em Jaguaquara e 12 no Hospital Geral Prado Valadares, em Jequié, o que resulta em um déficit que limita a capacidade de resposta em situações de crise. Sem leitos adequados para atender à demanda, os pacientes em situação de crise podem enfrentar atrasos no atendimento e dificuldades em encontrar suporte especializado para estabilização e desintoxicação, aumentando o risco de agravamento dos quadros clínicos.

A análise dos dados aponta para a necessidade urgente de expansão e fortalecimento da RAPS e da infraestrutura de saúde mental em Ipiaú e na região de Jequié, a exemplo da implementação de CAPS de Alta Complexidade e Expansão da RAPS com a criação de CAPS III, CAPS AD III e CAPSi em Jequié, essencial para atender à população em sofrimento psíquico com casos de média e alta complexidade. Além disso, a implementação de CAPS I em Brejões e Itagibá ampliaria a cobertura básica na região, facilitando o acesso inicial ao atendimento em saúde mental.

A criação de Unidades de Acolhimento e Serviços Residenciais Terapêuticos é crucial para promover a desinstitucionalização e oferecer suporte terapêutico adequado para indivíduos que necessitam de acompanhamento contínuo. Esses dispositivos são fundamentais para a reintegração social de egressos do HCT e outros pacientes.

Ainda, a implementação dos 22 leitos necessários em hospitais gerais é fundamental para atender situações de crise e permitir que os pacientes recebam tratamento de estabilização e desintoxicação de maneira rápida e eficaz.

A vulnerabilidade socioeconômica da população demanda uma abordagem integrada, incluindo políticas de assistência social e criação de oportunidades de emprego, para oferecer uma rede de suporte ampla e reduzir os fatores de risco associados ao sofrimento psíquico.

Essas ações são fundamentais para garantir que a população de Ipiaú e da região de Jequié tenha acesso a uma rede de saúde mental eficaz e acolhedora, promovendo cuidado integral e a inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico.

A análise das infraestruturas de saúde mental nas diversas regiões da Bahia revela uma carência significativa de dispositivos e suporte especializado para atender adequadamente à população. A fim de garantir um atendimento integral e humanizado, é essencial fortalecer e expandir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), além de melhorar a integração com as políticas sociais e de emprego para promover a inclusão e a reintegração social de indivíduos em sofrimento psíquico.

Primeiramente, é necessária a implementação de CAPS de alta complexidade, como CAPS III e CAPS AD III, em regiões com grande demanda e alta vulnerabilidade, como Teixeira de Freitas, Vitória da Conquista, Santo Antônio de Jesus e Alagoinhas. Esses dispositivos são fundamentais para atender casos graves e situações de crise, oferecendo acompanhamento intensivo e em tempo integral. A presença de CAPS AD III é especialmente importante para tratar pacientes com dependência de álcool e outras substâncias.

Outro ponto crucial é a instalação de Unidades de Acolhimento e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), dispositivos essenciais para avançar na política de desinstitucionalização e evitar a permanência prolongada de pessoas em internações hospitalares. A criação dessas unidades e residências terapêuticas permitirá que indivíduos que não necessitam mais de internação hospitalar sejam acolhidos em ambientes menos restritivos, recebendo o suporte necessário para a reintegração social.

Além disso, as regiões analisadas carecem de leitos específicos para saúde mental em hospitais gerais, essenciais para o atendimento imediato e especializado em situações de crise. A criação e a ampliação desses leitos possibilitarão uma estabilização rápida de pacientes em emergência psiquiátrica, sem que precisem ser transferidos para outras localidades.

Para garantir um atendimento eficaz e contínuo, é fundamental implementar um sistema de monitoramento e avaliação periódica, evitando que os pacientes permaneçam em unidades de custódia sem necessidade e permitindo a progressiva reintegração ao tratamento ambulatorial. A criação de protocolos específicos para a realização de perícias psiquiátricas e atendimento de crises contribuiria para uma resposta mais célere e adequada, evitando internações desnecessárias.

A capacitação dos operadores do direito também é essencial. Juízes, promotores e defensores públicos devem estar treinados para aplicar as diretrizes da Lei 10.216/2001 e da Resolução 487/2023 do CNJ, assegurando que o tratamento ambulatorial seja priorizado e que as medidas cautelares de internação sejam empregadas somente como último recurso.

Por fim, a alta vulnerabilidade socioeconômica da população reforça a necessidade de que essas ações estejam integradas a políticas de assistência social e geração de emprego, reduzindo os fatores de risco associados ao sofrimento psíquico. Em regiões como Guanambi, Alagoinhas e Teixeira de Freitas, onde há alta dependência do SUS e baixa taxa de ocupação formal, é essencial promover uma rede de apoio mais ampla para oferecer condições de vida dignas e reduzir o impacto das condições socioeconômicas sobre a saúde mental.

Implementar essas recomendações contribuirá para que as regiões da Bahia disponham de uma rede de saúde mental robusta, acolhedora e integrada, que respeite o direito ao cuidado integral e promova a inclusão social, especialmente para pessoas em situação de vulnerabilidade e sofrimento psíquico.

Para realizar uma análise detida e detalhada do panorama da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas regiões da Bahia, far-se-á um contraponto com as normas e leis federais em vigor.

A Portaria GM/MS nº 3.088/2011 estabelece as bases para a organização da RAPS no Brasil, visando oferecer uma rede de serviços que inclui CAPS (nas modalidades I, II, III, AD e CAPSi), leitos de saúde mental em hospitais gerais, serviços de atendimento domiciliar e dispositivos para emergências. No entanto, a análise dos dados de infraestrutura nas regiões da Bahia revela que várias regiões não atendem integralmente a essas diretrizes.

Em várias macrorregiões, como no Extremo Sul (Teixeira de Freitas) e Centro-Norte (Jacobina), não há CAPSs III ou AD III, essenciais para o atendimento em tempo integral. Essas unidades são críticas para o suporte de casos graves e crises, mas estão presentes apenas em algumas áreas centrais, como Salvador e Jequié. Isso fere o princípio de acesso regionalizado e integral.

A normativa exige leitos específicos em hospitais gerais para situações de crise, como desintoxicação. A falta ou insuficiência de leitos foi observada em regiões como Jacobina e Santo Antônio de Jesus, onde a demanda de leitos estimada pela norma está

longe de ser atendida. Isso acarreta uma sobrecarga nas unidades de emergência, sem condições adequadas para atender emergências psiquiátricas.

As Portarias GM/MS nº 4.139/2024, 4.876/2024 tratam da equipe de avaliação e acompanhamento em saúde mental e das medidas terapêuticas aplicáveis a pessoas em conflito com a lei. A falta de RAPS estruturadas dificulta a implementação dessas medidas, pois sem dispositivos adequados, como CAPS III e leitos hospitalares especializados, as regiões não conseguem realizar a avaliação contínua e o tratamento efetivo.

Por sua vez, a Lei nº 10.216/2001 assegura os direitos das pessoas com transtornos mentais e orienta o processo de desinstitucionalização, buscando substituir a lógica do internamento por um modelo de atenção comunitária. Entretanto, a ausência de dispositivos de acolhimento e unidades de residência terapêutica (SRTs) em regiões da Bahia compromete o cumprimento dessa lei.

A ausência de SRTs, que deveria ser prioridade para a desinstitucionalização, é observada em várias regiões, como Jacobina e Teixeira de Freitas. Em áreas como Ipiáu e Jequié, há internos no Hospital de Custódia e Tratamento que, embora tenham perfil para desinstitucionalização, não podem ser transferidos para SRTs pela ausência dessas unidades. Esse quadro contraria os princípios da Lei nº 10.216/2001, que defende a reabilitação psicossocial em ambiente menos restritivo.

As Portaria GM/MS nº 4.876/2024 e Portaria SESAB nº 349/2021 trazem diretrizes específicas para o incentivo financeiro de SRTs e para equipes de monitoramento de desinstitucionalização. A falta de implementação dessas estruturas em várias macrorregiões dificulta a adequação às portarias, prejudicando o avanço na humanização do atendimento e perpetuando o internamento.

A Lei nº 13.146/2015 garante direitos à pessoa com deficiência, incluindo aqueles com transtornos mentais, promovendo sua inclusão e acessibilidade. A deficiência na RAPS em regiões da Bahia implica violação de vários dispositivos dessa lei, pois sem acesso a CAPS de alta complexidade e SRTs, pessoas com transtornos graves perdem a oportunidade de receber atenção integrada e acessível em suas comunidades. Isso afeta diretamente o direito à saúde, ao convívio familiar e comunitário, e ao suporte adequado para sua condição, conforme garantido pela Lei Brasileira de Inclusão.

As portarias mais recentes do Ministério da Saúde, Portarias GM/MS nº 4.876/2024, 4.139/2024 e 681/2023 buscam reforçar a implementação e monitoramento de uma rede de atenção integral e integrada. No entanto, a análise regional mostra que

muitas regiões não contam com uma rede completa, o que fere o princípio de equidade do SUS e cria “vazios assistenciais” que agravam as desigualdades. Em regiões como a de Camaçari e Vitória da Conquista, há uma distribuição insuficiente de CAPS e falta de dispositivos para atender integralmente à demanda da população. Segundo a Portaria GM/MS nº 6/2017, que determina a estruturação regional da RAPS, é necessário um planejamento que contemple a população total assistida, e não apenas critérios municipais.

Por fim, as Portarias GM/MS nº 1.627/2023 e 660/2023, normativas que incentivam a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, são descumpridas, posto que várias regiões baianas estão com déficit de leitos, comprometendo o atendimento imediato em crises. A adequação a essas portarias exige investimentos para aumentar a disponibilidade de leitos e melhorar a resposta a situações de crise.

A análise dos dados revela um panorama de carência e vulnerabilidade na atenção psicossocial na Bahia, evidenciando que várias regiões não estão alinhadas com as portarias e leis nacionais. A ausência de CAPS III e SRTs, somada à insuficiência de leitos hospitalares específicos, prejudica a implementação de políticas de desinstitucionalização, inclusão social e atenção integral. Para superar essas deficiências, são necessárias políticas de investimento e planejamento regional que considerem as necessidades específicas de cada localidade, promovendo a conformidade com a legislação vigente e assegurando o direito à saúde mental digna e acessível a todos os cidadãos baianos.

A análise conjuntural da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas regiões da Bahia, em contraponto com as portarias do Ministério da Saúde e a legislação nacional, destaca desafios estruturais e violações de direitos que comprometem a assistência integral e digna à população em sofrimento psíquico. A Portaria GM/MS nº 3.088/2011 é fundamental para a estruturação da RAPS, que deve incluir CAPS em diversas modalidades (I, II, III, AD e CAPSi), leitos específicos para saúde mental em hospitais gerais, atendimento domiciliar e atendimento de emergência. As regiões da Bahia analisadas apresentam lacunas críticas nessa estrutura, uma vez, que da análise das regionais, nota-se a existência de lacunas em CAPS de alta complexidade, muitas regiões, como Extremo Sul (Teixeira de Freitas) e Centro-Norte (Jacobina), não têm CAPS III ou CAPS AD III, indispensáveis para a assistência a casos graves e crises em tempo integral. A presença de CAPS III apenas em algumas áreas centrais (ex., Salvador) revela um descompasso com as diretrizes de regionalização e integralidade da portaria.

A Portaria GM/MS nº 681/2023 reforça a necessidade de leitos em hospitais gerais para situações de crise, mas várias regiões, como Jacobina e Santo Antônio de Jesus, têm déficit de leitos para saúde mental. Isso acarreta uma sobrecarga nos serviços de emergência e dificulta o atendimento adequado.

As portarias GM/MS nº 4.876/2024 e 4.139/2024 introduzem diretrizes para a criação de equipes especializadas na avaliação e acompanhamento de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, mas a falta de RAPS estruturada torna essa implementação impraticável em muitas áreas, especialmente onde faltam CAPS III e leitos especializados.

A Lei nº 10.216/2001, que estabelece os direitos das pessoas com transtornos mentais, enfatiza a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial, que requerem uma rede de apoio completa, porém a desinstitucionalização é prejudicada pela inexistência de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) em várias regiões, como Jacobina e Teixeira de Freitas. Esses dispositivos são essenciais para a transição de indivíduos de hospitais psiquiátricos para o convívio comunitário. Em áreas como Ipiaú e Jequié, existem internos do Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) com perfil para desinstitucionalização, mas a falta de SRTs impede essa mudança.

A Portaria GM/MS nº 4.876/2024 e Portaria SESAB nº 349/2021 reforçam a importância dos SRTs e das equipes de acompanhamento, visando o incentivo financeiro para sua implementação. A carência desses serviços impede que as diretrizes da Lei nº 10.216/2001 sejam plenamente executadas, perpetuando práticas de internamento inadequadas.

A Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) assegura direitos às pessoas com deficiência, incluindo as com transtornos mentais, promovendo a inclusão social e acessibilidade, no entanto, o que restou demonstrado é a falta de acessibilidade e inclusão social na RAPS, em face da ausência de CAPS III e SRTs em várias regiões, o que contraria o princípio de acessibilidade previsto na lei. Pessoas com transtornos graves ou em crise não têm acesso aos serviços necessários próximos de suas comunidades, violando seu direito à saúde e à reintegração social.

As portarias mais recentes do Ministério da Saúde, como as GM/MS nº 1.627/2023 e 660/2023, estimulam a criação de leitos psiquiátricos e de unidades residenciais terapêuticas, mas várias regiões ainda enfrentam uma estrutura insuficiente, criando vazios assistenciais que impactam o atendimento à saúde mental.

Analisando a Portaria GM/MS nº 6/2017, que orienta a organização regional da RAPS, nota-se que muitas regiões da Bahia, como Camaçari e Vitória da Conquista, não possuem uma distribuição equilibrada de serviços. Há um planejamento insuficiente para atender adequadamente à população com transtornos mentais.

Outras portarias não cumpridas a contento, GM/MS nº 1.627/2023 e 660/2023, incentivam a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. No entanto, regiões baianas como Jacobina e Ipiaú estão com déficit de leitos, o que compromete a assistência a pacientes em crise e a capacidade de estabilização em contextos hospitalares adequados.

Do que se infere que a infraestrutura da RAPS na Bahia enfrenta desafios estruturais que comprometem o atendimento integral e a humanização da saúde mental, em desacordo com as portarias do Ministério da Saúde e leis como a Lei nº 10.216/2001 e a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015). Observa-se que a infraestrutura da RAPS na Bahia ainda está longe de atender integralmente aos princípios de universalidade, integralidade e humanização previstos no SUS e nas normativas de saúde mental.

A análise demonstra que a carência de CAPS de alta complexidade (CAPS III e AD III), a ausência de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), e o déficit de leitos psiquiátricos em hospitais gerais dificultam a promoção de uma rede de cuidados efetiva e regionalizada. A falta de serviços de alta complexidade impede que pacientes em crise ou com transtornos mentais graves tenham acesso ao tratamento necessário perto de suas comunidades, violando o princípio da acessibilidade e o direito à inclusão social garantido pela Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015).

Além disso, a Portaria GM/MS nº 4.876/2024, que enfatiza a importância das equipes de acompanhamento para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, evidencia uma lacuna na atuação integrada entre o sistema de saúde e o sistema de justiça. A maioria das regiões baianas apresenta um modelo predominantemente punitivo, sem as alternativas terapêuticas necessárias para a reabilitação, conforme garantido pela Lei nº 10.216/2001 e pela Resolução 487 do CNJ. A carência de medidas de desinstitucionalização, somada à falta de articulação com a rede psicossocial e de apoio, perpetua a institucionalização de pessoas que poderiam ser tratadas em ambientes menos restritivos.

A Portaria GM/MS nº 6/2017, que orienta a organização regional da RAPS, busca uma estrutura equilibrada e adequada à realidade de cada região. Entretanto, a análise dos dados evidencia que muitas regiões, como Camaçari e Vitória da Conquista,

possuem uma distribuição desequilibrada de serviços, resultando em “vazios assistenciais” que deixam populações inteiras sem o suporte necessário. A inadequação do planejamento regional prejudica a implementação eficaz das diretrizes de cuidado psicossocial, criando desigualdades de acesso e comprometendo a proteção e a assistência de pessoas em situação de vulnerabilidade mental.

Portanto, a infraestrutura atual da RAPS na Bahia, marcada por deficiências em diversos níveis, compromete a possibilidade de um atendimento humanizado e inclusivo, que deveria priorizar a integração social e a recuperação terapêutica dos pacientes. Para garantir a conformidade com as portarias e legislações vigentes, é essencial que haja investimentos sólidos na criação de novos CAPS de alta complexidade, SRT's, e leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Além disso, é necessário fortalecer a articulação entre o sistema de justiça e as redes de saúde, assegurando que os direitos das pessoas com transtornos mentais sejam efetivamente protegidos, e que a RAPS possa oferecer uma atenção digna, acessível e capaz de promover a inclusão e reabilitação social.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De início confesso que não foi um caminho fácil. Chegar até aqui foi uma montanha russa por ter-me sido impossível não me colocar nos lugares ocupados pelos pacientes (e me reservo, daqui por diante, a tratá-los no masculino, uma vez que não houve mulheres no grupo estudado).

O estudo dos processos foi a fase mais difícil, em razão do lugar ocupado pela pesquisadora que, ao mesmo tempo, se enxergava enquanto órgão do Ministério Público, sem deixar de identificar as falhas deste mesmo órgão, no curso destes processos, e, enquanto pesquisadora, com uma tendência ao materialismo histórico, ainda não firmado em razão do parco conhecimento que detém sobre esta linha epistemológica, mas por identificar falhas e violações de direitos, não mensuradas nos autos.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) da Bahia exemplifica como o sistema psiquiátrico e penal no estado da Bahia consolida e perpetua desigualdades estruturais e padrões de exclusão social, agravando a marginalização de grupos vulneráveis e oprimidos. A partir das análises de gênero, etnia, juventude, origem geográfica e escolaridade, torna-se evidente que o modelo de tratamento adotado, baseado em internações prolongadas e distantes das redes comunitárias, consolida uma lógica de contenção e controle social, em detrimento dos direitos à saúde mental e à reintegração social. Ao invés de promover a recuperação e inclusão dos internados, o sistema punitivo e disciplinar falha, tratando os mais vulneráveis como ameaças que devem ser isoladas e controladas.

A análise dos processos evidenciou como esse sistema penal e psiquiátrico refletem um viés seletivo e racial, que utiliza a institucionalização psiquiátrica como ferramenta de controle para os indivíduos de classes sociais mais baixas e minorias raciais, reproduzindo o racismo estrutural. O HCTP da Bahia, em particular, ilustra essa lógica ao impor a internação compulsória como resposta a indivíduos em sofrimento psíquico, sem considerar as características e vulnerabilidades de cada caso. O resultado é um ambiente que desumaniza, estigmatiza e afasta os internos de suas redes de apoio, negando-lhes a possibilidade de recuperação e reintegração.

Ademais, a situação é agravada pela carência de serviços de saúde mental no interior da Bahia, onde aproximadamente 63% dos municípios não possuem Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa ausência de estrutura no interior reforça a institucionalização como única resposta possível para a maioria dos pacientes,

desrespeitando o direito ao cuidado em liberdade, conforme previsto na Lei 10.216/2001. Esse quadro denuncia a negligência do poder público em descentralizar e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o que, em última instância, transforma o sistema psiquiátrico e penal em uma estrutura de contenção e controle, mais do que em uma ferramenta de reabilitação.

Ao ignorar as diretrizes legais, a prática de internação provisória no HCTP viola também os direitos estabelecidos no Código de Processo Penal Brasileiro, especialmente nos artigos que tratam das medidas cautelares. O artigo 282 do Código de Processo Penal estabelece que as medidas cautelares devem ser adequadas e proporcionais à gravidade do crime e à situação pessoal do acusado, buscando sempre a menor lesividade possível. A internação provisória, aplicada a pessoas com transtornos mentais no HCTP, desconsidera este princípio, pois em muitos casos não há prazo ou revisão periódica, transformando-a em uma medida excessiva e indefinida.

Além disso, o artigo 319 do Código de Processo Penal prevê a aplicação de medidas cautelares alternativas à prisão, como a monitoração eletrônica e a obrigação de comparecimento em juízo, que poderiam ser adaptadas a situações envolvendo transtornos mentais. A escolha indiscriminada da internação provisória desconsidera essas alternativas, configurando um abuso de poder e uma violação aos princípios de necessidade e adequação. A Resolução 213/2015 do Conselho Nacional de Justiça reforça esse entendimento ao estabelecer que a imposição de medidas cautelares deve levar em conta a necessidade e adequação da medida, considerando o prazo e as condições pessoais do preso (Artigo 8.º, §2.º, III). Assim, a falta de reavaliação periódica no HCTP ignora as orientações legais e permite que a internação provisória se transforme em uma espécie de antecipação de pena.

Em termos de legislação internacional, a situação do HCTP da Bahia viola princípios estabelecidos nas Regras de Mandela, também conhecidas como Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos. Essas regras estipulam que qualquer forma de detenção, incluindo a internação psiquiátrica, deve respeitar a dignidade humana e prover tratamento adequado para as condições de saúde, inclusive saúde mental. A Regra 24 das Regras de Mandela determina que os presos devem ter acesso a serviços de saúde equivalentes aos disponíveis na comunidade em geral. No caso do HCTP, o tratamento disponibilizado está aquém das condições mínimas, privando os internados de acesso a alternativas de saúde mental que respeitem sua dignidade e promovam sua reabilitação.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, ratificada pelo Brasil em 2008, também estabelece que as pessoas com deficiência, incluindo aquelas com transtornos mentais, têm direito ao tratamento em liberdade e a viver na comunidade com os devidos apoios (Artigo 19). Ao manter pessoas com transtornos mentais em internação provisória indefinida e sem revisão periódica, o HCTP da Bahia desrespeita esse direito, transformando a medida em uma forma de confinamento prolongado, em contraste com as diretrizes da Convenção que buscam a integração e a dignidade das pessoas com deficiência.

Portanto, a análise do sistema revela que o HCTP da Bahia atua não como um instrumento de reabilitação, mas como uma estrutura de exclusão social e controle disciplinar, violando a dignidade e os direitos fundamentais das pessoas internadas. A falta de revisão periódica e o uso indiscriminado da internação provisória configuram uma medida desproporcional e arbitrária, que vai de encontro à legislação nacional e aos tratados internacionais que visam proteger os direitos das pessoas em privação de liberdade e das pessoas com deficiência.

É urgente uma reavaliação do modelo de saúde mental na Bahia, com investimentos significativos em redes de atendimento comunitário, descentralização de serviços e capacitação de profissionais para que o sistema de saúde mental funcione como um recurso de reabilitação, e não de controle. A implementação de políticas públicas que promovam o cuidado em liberdade e respeitem a autonomia dos indivíduos é essencial para superar o modelo de exclusão que atualmente prevalece.

A conclusão, portanto, é que a medida cautelar de internação provisória aplicada no HCTP da Bahia é ilegal, por violar os preceitos constitucionais, as diretrizes do Código de Processo Penal e os tratados internacionais de proteção aos direitos humanos. Dessa forma, ela configura constrangimento ilegal e representa uma grave afronta aos direitos das pessoas com transtornos mentais, exigindo uma resposta judicial e legislativa para garantir o cumprimento da lei e a proteção dos direitos fundamentais dessas pessoas.

A análise da estrutura de saúde mental na Bahia, considerando as deficiências da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os casos de violações de direitos de indivíduos com transtornos mentais, expõe um cenário de persistente ineficácia na promoção de direitos e garantias para essa população vulnerável. O uso recorrente da internação cautelar no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) da Bahia, longe de oferecer um ambiente terapêutico e de reabilitação, transforma a medida de segurança em um mecanismo de contenção e segregação. Este modelo, ao invés de assegurar o direito

à saúde e ao tratamento digno, revela um sistema penal que privilegia o controle e a neutralização dos sujeitos, distanciando-se das premissas estabelecidas pela Lei 10.216/2001 e pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015), assim como de normas internacionais de direitos humanos.

O recurso ao HCTP da Bahia como medida cautelar reflete uma violação de direitos, na medida em que desconsidera as previsões do artigo 319, inciso VII, do Código de Processo Penal (CPP), que limita a internação provisória a casos em que alternativas não garantam a segurança da sociedade e do acusado. Nos casos analisados, a aplicação da medida ocorre sem avaliação concreta de periculosidade, justificando-se muitas vezes por uma “periculosidade abstrata” que, conforme Alessandro Baratta (1997, p. 63), representa uma construção típica do poder punitivo, onde o sistema penal, ao invés de julgar com base em atos concretos, “opera sob o manto do controle e da exclusão social, tratando o indivíduo como uma ameaça em potencial, sem qualquer relação com a realidade efetiva”. Esse controle preventivo reflete um viés discriminatório e punitivo que é incompatível com o propósito da internação como medida de cuidado e segurança para pessoas em situação de vulnerabilidade.

Baratta (2002, p. 112) critica a instrumentalização do direito penal, apontando que este, ao invés de cumprir uma função de proteção social, atua para “legitimar a exclusão e a marginalização dos setores mais vulneráveis da sociedade”. Esse argumento encontra eco na análise da medida cautelar de internação no HCTP, que, ao excluir o indivíduo do convívio social, reforça a marginalização e priva-o de seus direitos fundamentais. A própria Lei 10.216/2001 determina que a internação deve ocorrer em último caso, com foco em serviços comunitários, no entanto, a prática de internação cautelar indiscriminada revela um sistema que recorre à contenção e ao isolamento de forma inadequada e desumana.

Eugenio Raúl Zaffaroni (2012, p. 81), expõe que o sistema penal tradicionalmente exerce uma função de controle sobre os “corpos desviantes”, utilizando-se da criminalização como uma ferramenta para “afastar o ‘diferente’ e o que ameaça a ordem social hegemônica”. Para Zaffaroni, a função do direito penal, ao invés de criminalizar e neutralizar os sujeitos, deveria ser limitada e estritamente defensiva, buscando preservar a dignidade humana e as garantias fundamentais. Na prática, o sistema penal baiano, ao instituir a internação cautelar prolongada para pessoas com transtornos mentais, estabelece uma zona de exceção onde as garantias dos acusados são sistematicamente violadas, sujeitando-os a um tratamento inconstitucional.

O artigo 149 do CPP, ao exigir o incidente de insanidade mental, visa assegurar que a internação seja fundamentada em laudos técnicos que avaliem a capacidade mental do acusado e recomendem tratamentos adequados. No entanto, a ausência de reavaliações periódicas e a precariedade de laudos periciais frequentemente observadas nos casos analisados contradizem o espírito da norma e comprometem o direito ao tratamento adequado. Zaffaroni destaca que o “direito penal deve limitar-se, restringir-se à função de garantir a dignidade humana” (Zaffaroni, 2012, p. 94), ideia completamente desvirtuada quando o sistema penal se apodera da saúde mental como instrumento de contenção social e estigmatização.

A situação no HCTP da Bahia reflete, ainda, o conceito de “instituição total” formulado por Erving Goffman em “Manicômios, Prisões e Conventos”, segundo o qual indivíduos são “totalmente retirados do convívio social e submetidos a um regime disciplinar excludente” (Goffman, 1961, p. 29). Esse regime, como evidenciado nos casos examinados, converte o HCTP em uma espécie de prisão psiquiátrica, onde os internos são colocados sob um controle que os priva de sua autonomia e, em última instância, de seus direitos humanos. Goffman alerta que essas instituições produzem “carreiras de degradação moral” que reforçam a exclusão social dos internos, privando-os de uma recuperação efetiva e dificultando a reintegração (Goffman, 1961, p. 30).

Michel Foucault, em *História da Loucura*, observa que o uso do espaço manicomial transforma a loucura em um “objeto de intervenção estatal”, em que a saúde mental é tratada como algo que precisa ser controlado e neutralizado (Foucault, 1961, p. 215). Este controle, segundo ele, revela uma forma de poder disciplinar que transforma os internos em “objetos de vigilância e regulação”, ao invés de sujeitos de direitos. Foucault argumenta que a prática de confinamento dos “loucos” em manicômios ou hospitais psiquiátricos cria um ciclo de estigmatização e marginalização, afastando esses indivíduos do convívio social e reforçando uma percepção pública de que eles são “perigosos” ou “incapazes”. Essa análise pode ser aplicada ao uso do HCTP, onde o confinamento prolongado dos indivíduos, muitas vezes com base em uma lógica de “periculosidade abstrata”, contribui para a manutenção de uma ordem social disciplinar e segregadora.

A Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) exige a criação de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, promovendo a integração dessas pessoas ao convívio social com apoio psicossocial adequado. No entanto, nos casos analisados, essa resolução é ignorada, uma

vez que o recurso ao HCTP é utilizado de forma padrão e não como uma medida extrema, contrariando a legislação e as diretrizes de saúde mental. Em conformidade com os argumentos de Baratta (1997, p. 95), a falta de aplicação dos dispositivos legais específicos para a saúde mental sugere que o sistema penal age mais como um mecanismo de “controle e estigmatização do diferente” do que como uma estrutura de garantia e promoção de direitos humanos. O autor reforça que a “criminalização seletiva e o uso da internação para neutralizar os indesejáveis” cria um sistema de opressão onde o direito penal atua em “detrimento das liberdades individuais” (*idem*) e da própria noção de justiça.

Em suma, a prática de internação provisória no HCTP da Bahia, ao violar dispositivos legais como a Lei 10.216/2001, o Estatuto da Pessoa com Deficiência e as normativas do CPP, reflete uma criminalização do transtorno mental e um desvio das funções do direito penal, na qual o Estado, ao invés de assegurar o tratamento adequado e os direitos dos cidadãos, reproduz práticas de exclusão e marginalização. Para que o sistema penal baiano se alinhe aos princípios constitucionais e aos direitos humanos, é essencial a implementação de RAPS estruturada e eficaz, que possibilite o tratamento ambulatorial como regra e limite a internação aos casos estritamente necessários, em ambiente adequado e terapêutico.

Assim, conforme defendido por Foucault e Goffman, as instituições como o HCTP, ao invés de promoverem o cuidado e a inclusão, perpetuam a exclusão e reforçam uma ordem social onde a diferença é tratada como ameaça. Baratta e Zaffaroni enfatizam que o direito penal deve se afastar dessa lógica de controle e estigmatização, promovendo uma justiça inclusiva que respeite a dignidade e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. A transformação estrutural do sistema penal e da rede de saúde mental baiana é fundamental para a promoção de uma sociedade justa, na qual os direitos das pessoas com transtornos mentais sejam garantidos e sua reintegração seja promovida, substituindo a exclusão e o estigma pela dignidade e pelo respeito às normas legais.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 3, p. 249-263, 1995. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/677/1374>. Acesso em: 3 nov. 2024.
- BAHIA é o estado mais negro do Brasil, com 80,8% da população preta ou parda. **Ascom/SEI**, [S. l.], 20 nov. 2023. Disponível em: [https://sei.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4013:bahia-e-o-estado-mais-negro-do-brasil-com-80-8-da-populacao-preparda&catid=8&Itemid=565&lang=pt#:~:text=Em%202022%2C%20de%20forma%20mais,declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20cor%20ou%20ra%C3%A7a](https://sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4013:bahia-e-o-estado-mais-negro-do-brasil-com-80-8-da-populacao-preparda&catid=8&Itemid=565&lang=pt#:~:text=Em%202022%2C%20de%20forma%20mais,declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20cor%20ou%20ra%C3%A7a). Acesso em: 8 nov. 2024.
- BAHIA. **Lei Complementar nº 31 de 06 de junho de 2008**. Altera a Lei Complementar nº 11, de 18 de janeiro de 1996, que institui a Lei Orgânica do Ministério Público do Estado da Bahia, e dá outras providências. Salvador: Assembleia Legislativa, 2008. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/ba/lei-complementar-n-31-2008-bahia-altera-a-lei-complementar-n-11-de-18-de-janeiro-de-1996-que-institui-a-lei-organica-do-ministerio-publico-do-estado-da-bahia-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 3 nov. 2024.
- BARATTA, Alessandro. **Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2002.
- BARROS, Aidin de Jesus Paes; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Projeto de pesquisa**: propostas metodológicas. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Assassinato d'alma: impasses sobre a responsabilidade na leitura de "O crime louco". **RESPONSABILIDADES: Revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 23-25, mar. 2013. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/server/api/core/bitstreams/8a8c0f38-77e2-4e21-8044-1f861d3e5701/content>. 4 nov. 2024.
- BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. *In*: BASAGLIA, Franco (Coord.). **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de Heloisa Jahn. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 99-133.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 1 jun. 2024.
- BRASIL. [Código Penal (1940)]. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [2024a]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 1 jun. 2024.

BRASIL. [Código de Processo Penal (1941)]. **Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941**. Código de Processo Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [2024b]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3689.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm). Acesso em: 1 jun. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992**. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Promulgação. Brasília, DF: Presidência da República, 1992. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/d0592.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm). Acesso em: 1 jun. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm). Acesso em: 1 jun. 2024.

BRASIL. [Lei de Execução Penal (1984)]. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [2024c]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17210.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm). Acesso em: 1 jun. 2024.

BRASIL. **Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984**. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1984. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1980-1988/17209.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/17209.htm). Acesso em: 13 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 13 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.403, de 4 de maio de 2011**. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, relativos à prisão processual, fiança, liberdade provisória, demais medidas cautelares, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12403.htm#art1](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12403.htm#art1). Acesso em: 4 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm). Acesso em: 4 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/13146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13146.htm).

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm). Acesso em: 4 nov. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº 527. O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. Terceira Seção, julgado em 13/05/2015. **Diário da Justiça Eletrônico**. [S. l.], 2015. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/sumstj/toc.jsp?sumula=527>. Acesso em: 8 nov. 2024.

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

CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. Reflexões iniciais sobre os impactos da lei 10216/2001 nos sistemas de responsabilização e de execução penal. **RESPONSABILIDADES: Revista Interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2012/2013. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/Responsabilidades\\_V2N2.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/Responsabilidades_V2N2.pdf). Acesso em: 4 nov. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ. **Resolução 113, de 20 de abril de 2010**. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Brasília, DF: CNJ, 2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/136>. Acesso em: 9 nov. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ. **Resolução 213, de 15 de dezembro de 2015**. Brasília, DF: CNJ, 2015. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2234>. Acesso em: 9 nov. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ. **Resolução 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ. **Regras de Mandela**: regras mínimas das Nações Unidas para o tratamento de presos. Coordenação de Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi. Brasília: CNJ, 2016. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/a9426e51735a4d0d8501f06a4ba8b4de.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2024.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO - CNMP. Resolução nº 174, de 4 de julho de 2017. Disciplina, no âmbito do Ministério Público, a instauração e a tramitação da Notícia de Fato e do Procedimento Administrativo. Brasília, DF: CNMP, 2017. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Resolucoes/Resolucao-174-1.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SAO PAULO - CREMESP. **Nota Pública**. São Paulo, 17 abr. 2023. Disponível em:

<https://www.cremesp.org.br/imagens/files/Nota%20p%C3%BAblica.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2024.

CORREIA, Ludmila Cerqueira *et al.* Direitos Humanos no Manicômio: Problematizações em torno do acesso à Justiça. **RESPONSABILIDADES: Revista Interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário- (PAI-PJ)**. Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 251-272, 2012/2013. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/Responsabilidades\\_V2N2.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/Responsabilidades_V2N2.pdf). Acesso em: 4 nov. 2024.

DAVIS, Angela. **Estarão as prisões obsoletas?** Tradução de Marina Vargas. 3. ed. Rio de Janeiro: Difel, 2019.

DEMO, Pedro. **Avaliação qualitativa**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

FEYERABEND, Paul. **Contra o método**. São Paulo: Editora UNESP, 2007.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORÊNCIO, Roberto Remígio; COSTA, Enio Silva da. Crime e castigo: breves notas sobre presídios brasileiros e penas alternativas. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 45, p. 69-77, abril 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.47385/cadunifoa.v16i45.3434>. Acesso em: 10 out. 2024.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France. Edição estabelecida por Michel Senellart; sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Marins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Nascimento da Prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

FREIXO, Manoel João Vaz. **Metodologia Científica - Fundamentos, Métodos e Técnicas**. 4. ed. Lisboa: Instituto Piaget.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/52806>. Acesso em: 3 nov. 2024.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: Notas Sobre A Manipulação da Identidade Deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2014.

GOMES, Geder Luiz rocha. **A medida de segurança em uma perspectiva contemporânea**. Saúde mental, lei da reforma psiquiátrica e sua abordagem pelo direito penal. Curitiba: Juruá, 2023.

GOMES, Romina Moreira de Magalhães. Os dispositivos da biopolítica: a loucura como exceção na aliança entre psiquiatria e direito penal. **RESPONSABILIDADES: Revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 81-100, mar/ago 2013. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/server/api/core/bitstreams/8a8c0f38-77e2-4e21-8044-1f861d3e5701/content>. 4 nov. 2024.

HENRIQUES, Antonio; MEDEIROS, João Bosco. **Metodologia científica na pesquisa jurídica**. 9. ed., rev. e reform. São Paulo: Atlas, 2017.

HULSMAN, Louk; CELIS, Jacqueline Bernat de. **Penas perdidas: o sistema penal em questão**. 3. ed. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Bahia: panorama. **IBGE**, [S. l.], 2023a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>. Acesso em: 30 ago. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Luís Eduardo Magalhães: panorama. **IBGE**, [S. l.], 2023c. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/luis-eduardo-magalhaes/panorama>. Acesso em: 30 ago. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Salvador: panorama. **IBGE**, [S. l.], 2023b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>. Acesso em: 30 ago. 2024.

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

JULIÃO, Elionaldo Fernandes. **Sistema Penitenciário Brasileiro: a educação e o trabalho na Política de Execução Penal**. Petrópolis, RJ: De Petrus et Alii: Rio de Janeiro: FAPEERJ, 2012.

KOERNER Andrei. Punição, disciplina e pensamento penal no Brasil do século XIX. **Lua Nova**, São Paulo, v. 68, p. 205-242, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64452006000300008>. Acesso em: 3 nov. 2024.

LEBRE, Marcelo. Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem? **RESPONSABILIDADES - Revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 229-233, set.2012./fev. 2013. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/Responsabilidades\\_V2N2.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/Responsabilidades_V2N2.pdf). Acesso em: 4 nov. 2024.

LOGAN, Jenny. Despsiquiatrização e a promessa da abordagem do diálogo aberto. **Mad in Brasil. Ciência, Psiquiatria e Justiça Social**, [S. l.], 20 jan. 2022. Disponível em:

<https://madinbrasil.org/2022/01/despsiquiatrizacao-e-a-promessa-da-abordagem-do-dialogo-aberto/>. Acesso em: 8 nov. 2024.

LOPES, José Reinaldo de Lima. **O Direito na História: Lições Introdutórias**. São Paulo: Max Limonad, 1999.

LOPES JÚNIOR, Aury. **Fundamentos do processo penal: introdução crítica**. 8. ed. São Paulo: Saraivajur, 2022.

LOPES JÚNIOR, Aury. **Prisões cautelares**. 6. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021.

LUZ, Madel. **As instituições médicas no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1982.

LUZ, Madel Therezinha. **Ordem Social, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil: Textos Reunidos**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2007.

LUZ, Madel T. **Razão médica e racionalidade científica moderna: estudos críticos**. São Paulo: Hucitec, 2019.

MAIA, Gustavo. Podemos vai ao STF contra CNJ por medida sobre manicômios judiciários. **Veja**, [S. l.], 17 maio 2023. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/coluna/radar/podemos-vai-ao-stf-contr-cnj-por-medida-sobre-manicomios-judiciarios>. Acesso em: 5 nov. 2024.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINAYO, Maria Cecilia de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./sep.1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Bgpmz7T7cNv8K9Hg4J9fJDb/?format=pdf>. Acesso em: 03 nov. 2024.

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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094\\_14\\_01\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html). Acesso em: 8 nov. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 8 nov. 2024.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 660, de 3 de julho de 2023.**

Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0660\\_04\\_07\\_2023.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0660_04_07_2023.html). Acesso em: 8 nov. 2024.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 681, de 28 de setembro de 2017.**

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html). Acesso em: 8 nov. 2024.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS Nº 1.627, de 23 de outubro de 2023.**

Estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos estados e municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.627-de-23-de-outubro-de-2023-518474017>. Acesso em: 8 nov. 2024.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 4.139, de 17 de junho de 2024.**

Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial do Programa “De Volta para Casa”, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-4.139-de-17-de-junho-de-2024-566232302>. Acesso em: 8 nov. 2024.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 4.876, de 18 de julho de 2024.**

Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-Desinst, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-4.876-de-18-de-julho-de-2024-573213823>. Acesso em: 8 nov. 2024.

**MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA - MP-BA. Resolução nº 01, de 08 de fevereiro de 2021.**

Fixa nova denominação e atribuições de Promotorias de Justiça da Capital, em conformidade com a Resolução nº 21, de 23 de novembro de 2020, do Órgão Especial do Colégio de Procuradores de Justiça do Estado da Bahia. Salvador: MP-BA, 2021. Disponível em: [https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/orgaos-colegiados/orgao-especial/resolucoes/2021/resolucao\\_001-2021-\\_implementacao\\_da\\_resolucao\\_oecp\\_21\\_2020.pdf](https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/orgaos-colegiados/orgao-especial/resolucoes/2021/resolucao_001-2021-_implementacao_da_resolucao_oecp_21_2020.pdf). Acesso em: 3 nov. 2024.

**MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA - MPBA. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS.**

Levantamento preliminar das necessidades Específicas das Macrorregiões de Saúde Do estado da Bahia. Salvador: MPBA, 2023. Disponível em: <https://saude.mpba.mp.br/wp-content/uploads/2023/10/26-04-24-LEVANTAMENTO-PRELIMINAR-1a-Atualizacao.pdf>. 11 nov. 2023.

MACHADO NETO, Antonio Luiz. **Compêndio de introdução à ciência do direito**. São Paulo: Saraiva, 1988.

PALLAMOLLA, Raffaella da Porciuncula. **Justiça restaurativa: da teoria à prática**. 1. ed. São Paulo: IBCCRIM, 2009.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>. Acesso em: 3 nov. 2024.

PRADO, Alessandra Rapacci Mascarenhas. A infiltração do axioma da periculosidade no direito penal e no processo penal sob a condescendência da dogmática penal. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, v. 121, p. 31-58, 2018.

QUIEROZ, Paulo. **Funções do Direito Penal**. 2. ed. Revista dos Tribunais, 2005.

RESSOCIALIZAÇÃO. In: **Dicionário Online de Português**. [S. l.]: [s. n.], 2024. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/ressocializacao/acesso>. Acesso em: 14 jul. 2024.

ROBALO, Teresa Lancry de Gouveia de Albuquerque e Sousa. **Justiça Restaurativa - Um Caminho para a Humanização do Direito**. Curitiba: Juruá Editora, 2012.

SANGLARD, Gisele; CLAPER, Jeanine R. Pretos e pardos nas instituições de assistência à saúde no Rio de Janeiro (1850-1919): um estudo sobre o louco-pobre. **Tempo**, Niterói, v. 27, n 2, p. 445-466, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/TEM-1980-542X2021v270212>. Acesso em: 21.07.2024.

SANTOS, Alex de Jesus. Exclusão e marginalização dos condenados à galés: um estudo comparativo do Livro V das Ordenações Filipinas com o Código Criminal Brasileiro. **Revista Ars Historica**, n. 19, p. 106-132, jul./dez 2019. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ars/article/view/46712>. Acesso em: 10 out. 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB. **Portaria Estadual nº 349, de 11 de junho de 2021**. Altera a Portaria nº 33/2019, e dá outras providências. Salvador: SESAB, 2021. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/saude-mental/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Eстера Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2001. Disponível em: <https://cursos.unipampa.edu.br/cursos/ppgcb/files/2011/03/Metodologia-da-Pesquisa-3a-edicao.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2024.

SILVEIRA, Nise. **O mundo das imagens**. Rio de Janeiro: Ática, 1992.

TAGLIARI, Priscila de Azambuja. **Biografia da loucura**: a medida de segurança e as subjetividades 3 dos internos no hospital de Custódia para tratamento psiquiátrico. Florianópolis: Emais Academia, 2020.

TOLEDO, Francisco de Assis. **Princípios Básicos de Direito Penal**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1994.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: papel social, 2016.

WACQUANT, Loïc. **As prisões da miséria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

ZAFFARONI, Eugênio Raul. **O nascimento da criminologia crítica**. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2019.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**: parte geral. 13. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.

ZEHR, Howard. **Trocando as lentes**: justiça restaurativa para o nosso tempo. São Paulo: Palas Ahtena, 2008.