

**JUSTIÇA
PESQUISA**
6ª EDIÇÃO

**PESSOAS COM TRANSTORNO
MENTAL EM CONFLITO COM A LEI
NO BRASIL: ITINERÁRIOS
JURÍDICOS E PORTAS DE SAÍDA**



CEBRAP



CONSELHO
NACIONAL
DE JUSTIÇA



CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

Presidente

Ministro Luís Roberto Barroso

Corregedor Nacional de Justiça

Ministro Mauro Campbell Marques

Conselheiros

Ministro Guilherme Caputo Bastos

José Rotondano

Mônica Nobre

Alexandre Teixeira

Renata Gil

Daniela Madeira

Guilherme Guimarães Feliciano

Pablo Coutinho Barreto

João Paulo Schoucair

Daiane Nogueira de Lira

Luiz Fernando Bandeira

Secretária-Geral

Adriana Alves dos Santos Cruz

Secretário de Estratégia e Projetos

Gabriel Da Silveira Matos

Diretor-Geral

Johaness Eck

EXPEDIENTE

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Secretária de Comunicação Social

Taciana Giesel

Coordenador de Multimeios

Gabriel Reis

DEPARTAMENTO DE PESQUISAS JUDICIÁRIAS

Juízas Coordenadoras

Ana Lúcia Andrade de Aguiar

Lívia Cristina Marques Peres

Diretora Executiva

Gabriela Moreira de Azevedo Soares

Diretora de Projetos

Isabely Fontana da Mota

Diretor Técnico

Igor Tadeu Silva Viana Stemler

Pesquisadoras e pesquisadores

Alexander da Costa Monteiro

Danielly dos Santos Queirós

Felipe de Oliveira Antoniazzi

Jordana Maria Ferreira de Lima

Olívia Alves Gomes Pessoa

Estatísticos e Estatística

Davi Ferreira Borges

Filipe Pereira da Silva

Jaqueline Barbão

Apoio à Pesquisa

Lílian Bertoldi

Pedro Henrique de Pádua Amorim

Ricardo Marques Rosa

Estagiários e Estagiária

Fausto Augusto Junior

Ícaro Nithael Braz de Souza

Renan Gomes Silva

COORDENADORIA DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO E MEMÓRIA DO PODER JUDICIÁRIO (COIN)

Juíza Coordenadora

Ana Lúcia Andrade de Aguiar

Coordenadora

Pâmela Tieme Barbosa Aoyama

Equipe COIN

Julianne Mello Oliveira Soares

Luciana Rodrigues da Silva Castro

Renata Lima Guedes Peixoto

Rodrigo Franco de Assunção Ramos

2024

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

SAF SUL Quadra 2 Lotes 5/6 - CEP: 70070-600

Endereço eletrônico: www.cnj.jus.br

**PESSOAS COM TRANSTORNO
MENTAL EM CONFLITO COM A LEI
NO BRASIL: ITINERÁRIOS
JURÍDICOS E PORTAS DE SAÍDA**



CEBRAP



CONSELHO
NACIONAL
DE JUSTIÇA

O Conselho Nacional de Justiça contratou, por meio de Edital de Convocação Pública n. 1/2023 e de Seleção, a produção da pesquisa ora apresentada

INSTITUIÇÃO

Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap)
Núcleo de Etnografias Urbanas (NEU)

Expediente

EQUIPE DE PESQUISA

Coordenadoras acadêmicas
Ludmila Cerqueira Correia
Taniele Cristina Rui

Equipe Básica

Ana Paula Galdeano Cruz
Beatriz Figueiredo Levy
Fábio Mallart Moreira
Luanna Tomaz de Souza
Sara Vieira Sabatini Antunes

Pesquisadoras analistas

Catarina Pedroso
Karla Dalmaso Sousa
Marcele de Jesus Duarte Monteiro
Mariana Celano de Souza Amaral
Victória Mello Fernandes

Pesquisadoras e pesquisadores de campo

Gabriel Rocha Teixeira Mendes
Gessica Cerqueira Santos Marques
Hillary Suellen da Silva Freitas
Isabella Almeida dos Santos
Jenifer da Silva Moraes
Maria Mikelly Lucena Freires
Mauren Kelly de Souza Santos
Suzana Oliveira Cedraz
Theresa Emanuellen Lima Silva

Analista computacional judiciário

José Jesus Filho

Estatístico

Rafael Werneck de Andrade Cinoto

C755p

Conselho Nacional de Justiça.

Pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil : itinerários jurídicos e portas de saída / Conselho Nacional de Justiça; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap). – Brasília: CNJ, 2024.

325 p. : il.

ISBN: 978-65-5972-160-3 (Justiça Pesquisa, 6)

1 . Política antimanicomial 2. Saúde mental 3. Tratamento psiquiátrico 4. Hospital de custódia I. Título II. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap).

CDD: 340

APRESENTAÇÃO

A Série Justiça Pesquisa foi concebida pelo Departamento de Pesquisas Judiciárias do Conselho Nacional de Justiça (DPJ/CNJ), a partir de dois eixos estruturantes complementares entre si:

- i) Direitos e Garantias Fundamentais;
- ii) Políticas Públicas do Poder Judiciário.

O Eixo “Direitos e Garantias Fundamentais” enfoca aspectos relacionados à realização de liberdades constitucionais a partir do critério de ampliação da efetiva proteção a essas prerrogativas constitucionais no âmbito da República Federativa do Brasil.

O Eixo “Políticas Públicas do Poder Judiciário”, por sua vez, volta-se para aspectos institucionais de planejamento, gestão de fiscalização de políticas judiciárias a partir de ações e programas que contribuam para o fortalecimento da cidadania e da democracia.

Os dois eixos estão vinculados a abordagens empíricas dos temas. A perspectiva doutrinária ou teórica deve atuar como marco para construção e verificação de hipóteses, assim como para definição dos problemas. A finalidade da Série é a realização de pesquisas de interesse do Poder Judiciário brasileiro por meio da contratação de instituições sem fins lucrativos, incumbidas estatutariamente da realização de pesquisas e projetos de desenvolvimento institucional.

O Conselho Nacional de Justiça não participa diretamente dos levantamentos e das análises de dados e, portanto, as conclusões contidas neste relatório não necessariamente expressam posições institucionais ou opiniões das(os) pesquisadoras(es) do CNJ.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gênero/raça dos internos do HGP – PA.....	38
Gráfico 2 – Diagnósticos dos internos do HGP – PA.....	41
Gráfico 3 – Comparativo de diagnósticos dos internos dos HCTPs – PA no Censo de 2011 e em 2023.....	42
Gráfico 4 – Infrações penais dos internos do HGP – PA.....	44
Gráfico 5 – Comparativo de infrações dos internos dos HCTPs – PA no Censo 2011 e em 2023.....	44
Gráfico 6 – Médias de tempo relacionadas à internação e desinternação (meses) – PA.....	47
Gráfico 7 – Gênero/Raça dos internos da PPF – PB.....	51
Gráfico 8 – Diagnósticos dos internos da PPF– PB.....	54
Gráfico 9 – Comparativo de diagnósticos dos HCTPs – PB no Censo 2011 e em 2023.....	55
Gráfico 10 – Comparativo entre CID da população internada provisoriamente e com medida de segurança determinada – Pesquisa CNJ 2024.....	56
Gráfico 11 – Infrações penais dos internos da PPF – PB.....	59
Gráfico 12 – Comparativo de infrações da PPF – PB no Censo 2011 e em 2023.....	60
Gráfico 13 – Médias de tempo relacionadas à internação e desinternação (meses) – PB.....	63
Gráfico 14 – Gênero/raça dos internos do HCT – BA.....	66
Gráfico 15 – Diagnósticos dos internos do HCT – BA.....	69
Gráfico 16 – Comparativo de diagnósticos dos internos dos HCTPs – BA no Censo 2011 e em 2023.....	70
Gráfico 17 – Infrações penais dos internos do HCT – BA.....	72
Gráfico 18 – Comparativo de infrações dos internos do HCT – BA no Censo 2011 e em 2023.....	73
Gráfico 19 – Médias de tempo relacionadas à internação e desinternação (meses) – BA.....	76
Gráfico 20 – Gênero/Raça dos internos do HCTP – SP.....	81
Gráfico 21 – Diagnósticos dos internos dos HCTPs – SP.....	83
Gráfico 22 – Comparativo de diagnósticos dos internos dos HCTPs – SP no Censo 2011 e em 2024.....	84
Gráfico 23 – Infrações penais dos internos dos ECTPs – SP.....	87
Gráfico 24 – Infrações população em medida de segurança – HCTP de Taubaté.....	88
Gráfico 25 – Infrações população em medida de segurança – HCTP I de Franco da Rocha.....	88
Gráfico 26 – Infrações população em medida de segurança – HCTP II de Franco da Rocha.....	89
Gráfico 27 – Médias de tempo relacionadas à internação e desinternação (meses) – SP.....	92
Gráfico 28 – Gênero/Raça da população interna do IPF – RS.....	95
Gráfico 29 – Diagnósticos dos internos do IPF – RS.....	98
Gráfico 30 – Comparativo de diagnósticos dos internos dos HCTPs – RS no Censo 2011 e em 2024.....	99
Gráfico 31 – Infrações penais dos internos do IPF – RS.....	100
Gráfico 32 – Comparativo de infrações dos HCTPs – RS no Censo 2011 e em 2024.....	101
Gráfico 33 – Médias de tempo relacionadas à internação e desinternação (meses) – RS.....	104
Gráfico 34 – Comparativo de CIDs relacionados ao uso de drogas – Censo 2011 e em 2023.....	108
Gráfico 35 – Procedimentos de coleta de dados da pesquisa (Eixo 2).....	118
Gráfico 36 – Qual é o tipo de procedimento policial?.....	123
Gráfico 37 – Houve determinação de prisão provisória?.....	124
Gráfico 38 – Houve determinação de internação provisória?.....	127
Gráfico 39 – Houve determinação de liberdade provisória?.....	128
Gráfico 40 – Qual é a recomendação do exame?.....	134

Gráfico 41 – Avaliações e exames realizados antes da sentença de internação.....	135
Gráfico 42 – Avaliações e exames considerados na sentença de internação.....	136
Gráfico 43 – Exames multiprofissionais realizados durante a execução.....	139
Gráfico 44 – Determinação das sentenças.....	142
Gráfico 45 – Tipo penal classificado na sentença (Bahia).....	143
Gráfico 46 – Tipo penal classificado na sentença (Mato Grosso do Sul).....	144
Gráfico 47 – Tipo penal classificado na sentença (Pará).....	145
Gráfico 48 – Tipo penal classificado na sentença (Paraíba).....	146
Gráfico 49 – Tipo penal classificado na sentença (Piauí).....	146
Gráfico 50 – Tipo penal classificado na sentença (Rio Grande do Sul).....	147
Gráfico 51 – Tipo penal classificado na sentença (São Paulo).....	148
Gráfico 52 – Tipo penal classificado na sentença por categoria.....	150
Gráfico 53 – Provas consideradas para aferir a autoria e a materialidade do crime nas sentenças em que houve determinação de medida de segurança.....	153
Gráfico 54 – Argumentos mobilizados nas sentenças para determinação da medida de segurança de internação.....	155
Gráfico 55 – Se houve conversão do TA em internação, qual o motivo da conversão?.....	164
Gráfico 56 – Ministério Público se manifestou sobre o exame de cessação de periculosidade que sugere desinternação.....	167
Gráfico 57 – Avaliações e exames considerados nas decisões que determinam a desinternação.....	168
Gráfico 58 – Determinação das decisões de desinternação.....	170
Gráfico 59 – Já houve desinternação?.....	171
Gráfico 60 – Há registro de nova internação ou prisão, após a desinternação.....	173
Gráfico 61 – Extinção da medida de segurança	179
Gráfico 62 – Momentos processuais analisados.....	183
Gráfico 63 – Tempo médio entre a data do fato e a desinternação (anos) 1.....	185
Gráfico 64 – Tempo médio entre a internação e a desinternação (anos) 2.....	186
Gráfico 65 – Tempo médio entre a data do fato e a data da denúncia (meses) 1.....	187
Gráfico 66 – Tempo médio entre a data da denúncia e a data da sentença (meses) 2.....	188
Gráfico 67 – Tempo médio entre o início da execução e a desinternação (anos)	189
Gráfico 68 – Média dos marcos temporais dos Estados analisados (meses).....	190
Gráfico 69 – Marcos temporais dos estados analisados (meses).....	191
Gráfico 70 – Curva entre a data do fato e a distribuição do processo para a execução (meses)....	192
Gráfico 71 – Curva entre a data da distribuição para a execução e a desinternação (meses).....	193
Gráfico 72 – Houve recurso?.....	195
Gráfico 73 – Qual o resultado do recurso?.....	197
Gráfico 74 – Já transitou em julgado?.....	199
Gráfico 75 – Tempo médio para o trânsito em julgado (meses).....	200
Gráfico 76 – Há registro de prisão anterior?.....	203
Gráfico 77 – Há registro de internação anterior em HCTP?.....	204
Gráfico 78 – Houve registro de realização anterior de tratamento ambulatorial?.....	205
Gráfico 79 – Há registro de internação anterior em hospital psiquiátrico?.....	206
Gráfico 80 – Há registro de internação anterior em clínica particular?.....	207

Gráfico 81 – Distribuição de instituição prisional para onde o réu foi encaminhado inicialmente, considerando Detenção Provisória. Unidade Prisional Comum e Hospital de Custódia.....	210
Gráfico 82 – Na fase anterior à sentença, por quais instituições prisionais ou de privação de liberdade transitou?.....	211
Gráfico 83 – Para qual unidade foi encaminhado logo após a sentença?.....	213
Gráfico 84 – Trânsito em unidades prisionais durante a execução.....	215
Gráfico 85 – Há registro de que a pessoa fez ou fazia uso de alguma substância psicoativa?.....	217

LISTA DE TABELAS, QUADROS E IMAGEM

Tabela 1 – Quadro de escolha dos estados a serem estudados.....	19
Tabela 2 – Identificação e descrição de atividades laborais.....	30
Tabela 3 – Dados gerais do HGP – PA.....	36
Tabela 4 – Tempo de internação provisória sem decisão judicial – PA.....	45
Tabela 5 – Tempo de internação após indicação de cessação de periculosidade – PA.....	45
Tabela 6 – Tempo de internação após decisão de desinternação – PA.....	46
Tabela 7 – Tempo de espera entre EVCP e decisão de desinternação – PA.....	46
Tabela 8 – Tempo total de internação – PA.....	46
Tabela 9 – Dados gerais Penitenciária de Psiquiatria Forense – PB.....	50
Tabela 10 – Tempo total de internação – PB.....	61
Tabela 11 – Tempo de internação provisória sem decisão judicial – PB.....	61
Tabela 12 – Tempo de internação após indicação de cessação de periculosidade – PB.....	62
Tabela 13 – Tempo de internação após decisão de desinternação – PB.....	62
Tabela 14 – Tempo de espera entre EVCP e decisão de desinternação – PB.....	62
Tabela 15 – Dados gerais Hospital de Custódia e Tratamento – BA.....	65
Tabela 16 – Tempo total de internação – BA.....	75
Tabela 17 – Tempo de internação provisória sem decisão judicial – BA.....	75
Tabela 18 – Tempo de internação após indicação de cessação de periculosidade – BA.....	75
Tabela 19 – Tempo de internação após decisão de desinternação – BA.....	75
Tabela 20 – Tempo de espera entre EVCP e decisão de desinternação – BA.....	76
Tabela 21 – Dados Gerais do HCTP Arnaldo Amado Ferreira – SP.....	79
Tabela 22 – Dados Gerais do HCTP André Teixeira de Lima de Franco da Rocha– SP.....	79
Tabela 23 – Dados Gerais do HCTP II de Franco da Rocha/SP.....	80
Tabela 24 – CID da população internada provisoriamente – SP.....	85
Tabela 25 – Tempo total de internação – SP.....	90
Tabela 26 – Tempos de internação provisória sem decisão judicial (meses/anos) – SP.....	90
Tabela 27 – Tempo de internação após decisão de desinternação (meses/anos) – SP.....	90
Tabela 28 – Tempo de internação após indicação de cessação de periculosidade (meses/anos) – SP.....	91
Tabela 29 – Tempo de espera entre EVCP e decisão de desinternação (meses) – SP.....	91
Tabela 30 – Dados gerais Instituto Psiquiátrico Forense – RS.....	94
Tabela 31 – Tempos de internação provisória sem decisão judicial (meses/anos) – RS.....	102
Tabela 32 – Tempo de internação após indicação de cessação de periculosidade (meses/anos) – RS.....	102
Tabela 33 – Tempo de internação após decisão de desinternação (anos) – RS.....	102

Tabela 34 – Tempo de espera entre EVCP e decisão de desinternação (meses) – RS.....	103
Tabela 35 – Motivos alegados, nas avaliações diversas do EVCP, para manutenção da internação – RS.....	105
Tabela 36 – Dados de diagnósticos dos internos (PA, PB, BA, SP e RS).....	107
Tabela 37 – Dados de situação jurídica (PA, PB, BA, SP e RS).....	109
Tabela 38 – Dados de infrações cometidas (PA, PB, BA, SP e RS).....	110
Tabela 39 – Tempo de internação definitiva (PA, PB, BA, SP e RS).....	113
Tabela 40 – Motivos alegados na decisão judicial de desinternação (PA, PB, BA, SP e RS).....	113
Tabela 41 – Motivos alegados na decisão judicial de manutenção da internação (PA, PB, BA, SP e RS).....	114
Tabela 42 – Percentual de concordância com a indicação de desinternação (PA, PB, BA, SP e RS).....	114
Tabela 43 – Percentual de concordância com a indicação de manutenção da internação (PA, PB, BA, SP e RS).....	114
Tabela 44 – Tempo de internação após indicação de cessação de periculosidade (PA, PB, BA, SP e RS).....	115
Tabela 45 – Índice de reinternação e motivos (PA, PB, BA, SP e RS).....	115
Tabela 46 – Número de processos levantados no SEEU e número de processos analisados.....	119
Tabela 47 – Processos analisados (fluxo do tempo e argumentos jurídicos).....	121
Tabela 48 – Houve exame de sanidade mental antes da sentença?.....	131
Tabela 49 – O exame de sanidade mental foi realizado por quais profissionais?.....	132
Tabela 50 – Houve realização de avaliação multiprofissional por equipe da Vara de Execuções Penais após a sentença de internação?.....	137
Tabela 51 – Houve realização de avaliação multiprofissional de equipe do hospital de custódia ou da unidade prisional após a sentença de internação?.....	137
Tabela 52 – Houve realização de avaliação multiprofissional de EAP após a sentença (durante a execução)?	138
Tabela 53 – Houve realização de avaliação multiprofissional por outra equipe da RAPS (CAPS), após a sentença (durante a execução)?.....	139
Tabela 54 – Houve substituição/conversão de TA para MS de internação?.....	164
Tabela 55 – Argumentos de extinção da medida de segurança.....	180
Tabela 56 – Total de anos entre a data do fato e a desinternação.....	185
Tabela 57 – Total de anos entre a entrada na unidade e a data da desinternação.....	186
Tabela 58 – Total de anos entre o início da execução e a desinternação.....	189
Tabela 59 – Média dos marcos temporais dos estados analisados.....	190
Tabela 60 – Houve manifestação processual pedindo liberação em decorrência de covid-19?.....	194
Tabela 62 – Existência de recurso	196
Tabela 63 – <i>Habeas corpus</i>	197
Quadro 1 – Momentos de trânsitos institucionais analisados.....	201
Tabela 64 – Se houve determinação de prisão ou internação provisória, para qual tipo de instituição prisional ou de privação de liberdade foi encaminhado inicialmente? (BA, MS, PA, PB, PI, RS e SP).....	208
Tabela 65 – Há registro de uso de substância psicoativa? (BA, MS, PA, PB, PI, RS e SP).....	216
Imagem 1 – Quadro apresentado pelo CRATOD (SP). Unidades prisionais e Hospitais no estado de São Paulo (Franco da Rocha I, II, Taubaté e Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário).....	219

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
APP	Atenção Primária Prisional
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCDQ	Centro de Controle de Dependência Química
CDP	Centro de Detenção Provisória
CDPD	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CEM/VEP	Central de Equipe Multidisciplinar da Vara de Execuções Penais
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CP	Código Penal
CPP	Código de Processo Penal
CPJM	Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
CT	Comunidade Terapêutica
COVID	Coronavírus Disease
DMF	Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas
DP	Defensoria Pública
DPAIS	Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde
DPJ	Departamento de Pesquisas Judiciárias
EAP	Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental com Conflito com a Lei
eAPP	Equipe de Atenção Primária Prisional
ECTP	Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
EMPAP	Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial
EVCP	Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade
FASEPA	Fundação de Atendimento Socioeducativo do Pará
FTIP	Força-tarefa de Intervenção Penitenciária
GMF	Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo
HC	Habeas Corpus
HCT-BA	Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HGP	Hospital Geral Penitenciário do Pará
HPVA	Hospital Penitenciário Valter Alencar
IML	Instituto Médico Legal
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IPF	Instituto Penal Feminino
IPFMC	Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso
LEP	Lei de Execução Penal
MEPCT/PB	Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura da Paraíba
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

MP	Ministério Público
MS	Medida de Segurança
N/I	Não identificado
NSA	Não se aplica
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PCIPP	Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PPF	Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba
PRAÇAÍ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Pará
PROA-PB	Programa de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba
PTA	Plano Terapêutico de Acompanhamento
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
RA	Regime Aberto
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RMB	Região Metropolitana de Belém
RT	Residência Terapêutica
SAP	Secretaria de Administração Penitenciária
SEAP	Secretaria de Administração Penitenciária
SEEU	Sistema Eletrônico de Execução Unificado
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde do Pará
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSIPE	Superintendência do Sistema Penitenciário do Pará
TA	Tratamento Ambulatorial
TJ	Tribunal de Justiça
TJBA	Tribunal de Justiça do Estado da Bahia
TJPA	Tribunal de Justiça do Estado do Pará
TJPB	Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
TJPI	Tribunal de Justiça do Estado do Piauí
TJRS	Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul
TJSP	Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
TO	Terapia Ocupacional
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UF	Unidade Federativa
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VEP	Vara de Execuções Penais
VEPMA	Vara de Execução de Penas e Medidas Alternativas
VEP/RMB	Vara de Execuções Penais da Região Metropolitana de Belém

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
PARTE 1 PERFIL DAS PESSOAS INTERNADAS EM UNIDADES DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO	23
Considerações metodológicas	23
1.1 Pará: Hospital Geral Penitenciário	36
1.1.1 Perfil sociodemográfico	36
1.1.2 Perfil de saúde mental	40
1.1.3 Situação jurídica	43
1.2 Paraíba: penitenciária de psiquiatria forense	50
1.2.1 Perfil sociodemográfico	50
1.2.2 Perfil de saúde mental	53
1.2.3 Situação jurídica	56
1.3 Bahia: Hospital de Custódia e Tratamento	65
1.3.1 Perfil sociodemográfico	66
1.3.2 Perfil de saúde mental	69
1.3.3 Situação jurídica	71
1.4 São Paulo: HCTPs I e II de Franco da Rocha e HCTP de Taubaté	79
1.4.1 Perfil sociodemográfico	80
1.4.2 Perfil de saúde mental	83
1.4.3 Situação jurídica	85
1.5 Rio Grande do Sul: Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso	94
1.5.1 Perfil sociodemográfico	94
1.5.2 Perfil de saúde mental	97
1.5.3 Situação jurídica	99
1.6 Conclusões	106
PARTE 2 – ARGUMENTOS JURÍDICOS E FLUXOS PROCESSUAIS	117
2.1 Perfil dos casos analisados	122
2.1.1 Perfil da fase pré-processual: tipos de inquérito policial, medidas cautelares e liberdade provisória	122
2.1.2 Exames de sanidade mental, de cessação de periculosidade e a atuação das equipes multiprofissionais	129
2.1.3 Perfil das sentenças de internação: determinação das sentenças e tipos penais	140

2.2 Argumentos e fundamentos jurídicos utilizados nos processos.....	150
2.2.1 As provas consideradas nas sentenças de internação.....	150
2.2.2 Os argumentos jurídicos das internações.....	153
2.2.3 Decisões de conversão da pena em medida de segurança.....	163
2.2.4 Decisões de desinternação.....	166
2.2.5 Decisões de extinção da medida de segurança.....	179
2.3 Fluxos processuais e os trânsitos pelas instituições.....	182
2.3.1 Apresentação do fluxo e análise dos tempos.....	183
2.3.1.1. Impacto de covid-19 no fluxo.....	194
2.3.1.2. Fase recursal, trânsito em julgado, indulto e <i>habeas corpus</i>	195
2.3.2 Fluxos e trânsitos das pessoas entre as instituições	200
2.3.2.1 Trânsito das pessoas pelas instituições antes do processo.....	201
2.3.2.2 Trânsito entre as instituições depois do fato e antes da desinternação.....	208
2.3.2.3 Trânsito das pessoas e o uso de drogas.....	216
2.4. Conclusões.....	220
PARTE 3 – DINÂMICAS DE GESTÃO E ESTUDOS DE CASO	225
3.1 Introdução.....	225
3.2 Dinâmicas de Gestão.....	226
3.2.1 Uso de drogas e medida de segurança.....	226
3.2.2 A temporalidade dos documentos e os CAPS.....	239
3.2.3 Experimentações: cadeia, tornozeleira eletrônica, comunidades terapêuticas e EAPs.....	248
3.2.4 Os manicômios e a gestão da pequena delinquência urbana.....	257
3.3 Estudos de caso em profundidade.....	261
3.3.1 Bernardo e a longa internação.....	261
3.3.2 Ricardo: o uso de drogas e o entra e sai do manicômio.....	270
3.3.3 Eduardo e o <i>continuum</i> punitivo-carcerário.....	281
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	291
RECOMENDAÇÕES.....	293
REFERÊNCIAS.....	298
APÊNDICES.....	307

INTRODUÇÃO

O Brasil é o terceiro país que mais encarcera no mundo, em números absolutos, atrás apenas dos Estados Unidos da América e da China. De acordo com os dados oficiais divulgados pela Secretaria Nacional de Políticas Penais (Senappen), por meio do Sisdepen,¹ em dezembro de 2023, as prisões bras ileiras abrigavam 644.316 pessoas, sendo 27,2% do total formado por presos provisórios (Sisdepen, 2023). O mesmo sistema de coleta de dados aponta que, neste universo, havia 2.314 pessoas com transtorno mental em conflito com a lei que cumpriam medida de segurança em ECTPs do país². Não informa, contudo – como detalhado adiante –, a quantidade de pessoas internadas provisoriamente ou submetidas a tratamento psiquiátrico no curso do cumprimento de suas penas. Nesse sentido, os dados oficiais fornecidos não permitem conhecer a quantidade real, tampouco o perfil e o tempo de confinamento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei privadas de liberdade.

O único Censo Nacional já produzido sobre essa população, coletado em 2011 e divulgado em 2013, confrontou a histórica condição de invisibilidade das pessoas internadas nos ECTPs (Diniz, 2013). Obscurecidos pelos sistemas de coleta de dados dos órgãos oficiais, esses sujeitos permaneceram, por quase um século, completamente ignorados. O Censo representou, assim, primeiro e importante passo no sentido de reconhecer a existência dos ECTP e das pessoas que, naquele momento, se encontravam internadas. Contudo, o recorte então proposto, centrado nos ECTPs, também não englobava as pessoas que cumpriam internação provisória ou medida de segurança em outras unidades prisionais. Assim, é pressuposto desta pesquisa que a categoria jurídica “medida de segurança” não pode ser completamente conhecida tendo em vista apenas os estabelecimentos formalmente previstos para receber tal população.

Trata-se, de fato, de questão mais abrangente, que interpela o sistema prisional como um todo. Desde 2011, quando os dados do Censo foram coletados, diversas mudanças ocorreram nesse campo. Como será apontado, o aumento do encarceramento de pessoas por crimes relacionados a drogas e a pressão exercida por diversos setores pelo cumprimento da legislação protetiva em relação às pessoas com transtorno mental são alguns dos fatores que incidiram sobre os ECTPs e a aplicação das medidas de segurança e da internação provisória. Assim, novos arranjos e fluxos institucionais surgiram, de modo que o cenário, atualmente, é distinto daquele observado há mais de uma década. Por isso, além de atualizar as análises sobre os ECTPs, mostra-se necessário partir do trabalho precursor já realizado sobre o tema (Diniz, 2013), mas agregar novas perguntas de investigação com fins de traçar um diagnóstico mais atual da privação de liberdade de pessoas com transtorno mental no Brasil contemporâneo.

Há mais de um ano, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou a Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

1. De acordo com as informações do *site* da Secretaria Nacional de Políticas Penais do Ministério da Justiça, o Sisdepen é a “ferramenta de coleta de dados do sistema penitenciário brasileiro” (Sisdepen, 2023). Os dados sobre as unidades prisionais são coletados a cada seis meses e são divulgados, de maneira consolidada, por meio de painéis estatísticos disponíveis *on-line* no *site* da plataforma.

2. Segundo o Código Penal brasileiro, quando uma pessoa acusada de um crime é diagnosticada com transtorno ou deficiência mental, ela deixa de ser penalmente responsável por suas ações, caso se confirme a incapacidade de compreender o caráter ilícito do fato. Considerada inimputável, é absolvida e submetida a tratamento por meio da medida de segurança, que pode ser de dois tipos: i) internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) ou, na ausência deste, em outra instituição adequada; e ii) tratamento ambulatorial.

rio no Âmbito do Sistema de Justiça Criminal, assegurando os direitos das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em todo o ciclo penal.³ Esta normativa propõe procedimentos alinhados com os princípios e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, aplicados no contexto penal, reconhecendo que a dignidade das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei precisa ser urgentemente preservada, com prioridade do cuidado em saúde mental fora do confinamento institucional. Além disso, evidencia a necessidade de compreender o contexto das pessoas internadas nos ECTPs e o ambiente de sua implementação.

Nesse percurso, entre os estados estudados nesta pesquisa, os ECTPs do Pará, do Rio Grande do Sul, da Bahia e da Paraíba já estão parcialmente interditados, de acordo com o Mapa de Implementação das Ações da mencionada Política Antimanicomial (CNJ, 2024). O IPFMC (RS) teve a sua primeira interdição parcial em 23/06/2015 devido às constatações de falta de higiene, limpeza, estrutura e assistência médica aos pacientes internados no IPFMC e estabeleceu o prazo de dois anos para o estado promover reformas e investimentos na instituição. Esta interdição parcial foi ampliada em dois momentos: em 25/11/2022 e, mais recentemente, em 09/06/2023, dessa vez vedando novas internações e ingressos, sem exceção, independentemente da natureza e finalidade, com base na Resolução CNJ n. 487/2023 (art. 18).

O estado da Bahia e o da Paraíba também tiveram decretada a interdição parcial dos seus HCTPs, em janeiro e fevereiro de 2024, respectivamente, também em cumprimento à referida Resolução. Isso representa o fechamento da porta de entrada desses estabelecimentos, uma vez que, com tal interdição, ficam vedadas novas internações nesses espaços, sejam elas provisórias ou em decorrência de medida de segurança com sentença transitada em julgado. A restrição de novas admissões impede que pessoas ingressem nesses ECTPs, inclusive para a realização de exames de sanidade mental.

Esta pesquisa dialoga com esse momento histórico, no qual não só se evidencia o fechamento da porta de entrada desses manicômios judiciais, mas também se observa a implementação de medidas para a desinstitucionalização, construindo, consequentemente, as portas de saída, impulsionadas pela publicação da Resolução CNJ n. 487/2023. Ao mesmo tempo, e no exato momento em que se caminha para o fechamento dos manicômios, ela lança luz sobre alguns arranjos e configurações institucionais questionáveis, inclusive, em estados em que sequer existem manicômios judiciais. Assim, a pesquisa oferece subsídios para a reflexão e a formulação de políticas públicas relacionadas ao tema.

* * *

Esta proposta de estudo foi vencedora do tema 1 – pessoas com transtorno mental em conflito com a lei privadas de liberdade – do Edital de Convocação Pública da 6.ª Edição da Série Justiça Pesquisa (Convocação 01/2023), organizado pelo CNJ. O estudo foi organizado e realizado pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), em parceria com docentes e pesquisadoras da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp),

3. Vale ressaltar que essa Resolução também será aplicada aos adolescentes com transtorno ou sofrimento mental apreendidos, processados por cometimento de ato infracional ou em cumprimento de medida socioeducativa, no que couber, enquanto não for elaborado ato normativo próprio, conforme art. 22 (CNJ, 2023c).

UFPB, Universidade Federal do Pará (UFPA) e Universidade Federal do Amazonas (UFAM), além de mestrandos(as) e doutorandos(as) vinculados(as) à UFRGS, à Universidade de São Paulo (USP) e à UEFS. Contou, ainda, com o apoio do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM).

De cunho quanti-qualitativo, buscou-se analisar a medida de segurança no país, delineada a partir de três principais eixos: 1) perfil das pessoas internadas em oito ECTPs de cinco estados da Federação (Bahia, Pará, Paraíba, Rio Grande do Sul e São Paulo); 2) análise de autos processuais que precederam a internação e desinternação entre os anos de 2018 e 2023 de sete estados da Federação (aos cinco já descritos, foram acrescentados Piauí e Mato Grosso do Sul); 3) análise adensada da medida de segurança a partir de sua incidência em vidas e trajetórias específicas. A justificativa da seleção dos estados será apresentada no item “recorte da pesquisa”, que consta nesta apresentação. Os três eixos analíticos serão desenvolvidos a seguir, apresentados na forma de três partes.

A parte 1 tem como objetivo traçar o perfil das pessoas atualmente internadas nos ECTPs dos estados selecionados. Dos sete estados selecionados (Rio Grande do Sul, São Paulo, Mato Grosso do Sul, Bahia, Paraíba, Piauí e Pará), cinco possuem ECTP e, portanto, compõem as análises deste capítulo: Rio Grande do Sul, São Paulo, Bahia, Paraíba e Pará. Com exceção de dois espaços institucionais do estado de São Paulo, a coleta dos dados foi feita sobretudo *in loco* nas unidades destacadas, implicando, assim, dedicação imersiva das equipes que conduziram o trabalho.

Como será descrito detalhadamente adiante, procedeu-se, a partir da leitura da íntegra dos dossiês e prontuários físicos nas instituições, além do auxílio dos(as) profissionais para responder às perguntas cujas respostas não estavam disponíveis nos dossiês. Nos casos dos HCTPs de Franco da Rocha I e II, em São Paulo, a metodologia foi ajustada para incluir a leitura *on-line* dos autos processuais. Para apresentação mais sistematizada do material, optou-se por descrever separadamente cada um dos estados que possuem ECTPs, visando proporcionar retrato mais preciso das unidades no momento da pesquisa – que pode oferecer uma compreensão mais robusta dos desafios desinstitucionalizantes em curso.

A parte 2 tem por objetivo principal mapear duas frentes da pesquisa: 1) o fluxo processual para analisar os trânsitos e os tempos relacionados à internação das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei no sistema de justiça criminal: as entradas e permanências em ECTPs, mas também suas passagens por outros tipos de estabelecimentos, tais como unidade prisional comum, espaço de detenção provisória, hospital psiquiátrico, entre outros. E 2) os argumentos jurídicos e principais fundamentos mobilizados nos processos decisórios relacionados à execução da medida de segurança (incluindo as provas que sustentam as decisões), além de outros dados relevantes sobre o perfil dos casos. Os dados apresentados são provenientes da análise de processos de execução de medida de segurança do SEEU e do e-SAJ (no caso de São Paulo), que se enquadram no recorte da pesquisa, conforme será detalhado, executados em sete unidades da Federação, localizadas na região Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste do país: Pará, Bahia, Paraíba, Piauí, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul e São Paulo.

A parte 3, por sua vez, tem o objetivo de qualificar a compreensão acerca das medidas de segurança por meio da realização de estudos de caso, considerados representativos da situação de internação e do tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Essa frente de pesquisa dialoga com as partes anteriores, seja porque um conjunto de casos foi indicado pelas equipes que atuaram nessas diferentes frentes de análise, seja em virtude do fato de que os casos analisados dão carnatura aos dados estatísticos sobre o perfil das pessoas internadas (parte 1) e os fluxos processuais (parte 2). Nesse sentido, os estudos de caso se constituem como estratégia metodológica que permite analisar, em detalhes, o modo como a medida de segurança incide na vida de pessoas de carne e osso, possibilitando acompanhar itinerários jurídicos, disputas discursivas, redes de atores e instituições, em suma, toda a maquinaria médico-jurídica envolvida nesta condição.

Embora possam ser lidas de maneira independente e possuam autonomia descritiva e analítica, é preciso dizer que, como conjunto, as três partes buscam desenvolver, a partir de diferentes ângulos e abordagens, uma compreensão atualizada e comparada das medidas de segurança no Brasil. Cabe, portanto, sintetizar, mais uma vez, as costuras que estiveram na base da proposição da pesquisa: a parte 1 pretende retratar o perfil sociodemográfico, de saúde mental e a situação jurídica das pessoas internadas; a parte 2 objetiva retratar o fluxo da execução da medida de segurança dentro de recorte temporal determinado e não se limita exclusivamente às internações; e a parte 3 permite observar, nas linhas processuais, a experiência de pessoas concretas, cujas vidas estão tramadas entre muros e papéis. A partir desses variados ângulos, pretende-se dar conta, assim, de múltiplas e complexas dimensões da medida de segurança (Antunes, 2022).

Recorte da pesquisa: estados selecionados

Para operacionalizar os objetivos propostos, a pesquisa se baseou em uma estratégia multimétodo (Oliveira, 2015), desenvolvida a partir dos três eixos indicados anteriormente. Diante da delimitação de um ano de pesquisa e da restrição orçamentária, foram selecionados sete estados, representativos das cinco regiões geográficas brasileiras, e foi proposto o recorte temporal de seis anos (de 2018 a 2023).

A escolha dos estados se deu pelo cruzamento de cinco variáveis: 1) número de internações por 100.000 habitantes, considerando as informações disponibilizadas pelo Sisdepen; 2) porte do Tribunal de Justiça, conforme informações do Relatório Justiça em Números (CNJ, 2022); 3) presença ou ausência no Censo de 2011; 4) existência de EAP e/ou programas de desinstitucionalização; e 5) presença ou ausência de ECTPs formalizados. Essas escolhas relacionam-se, também, à presença de pesquisadoras do projeto em cada uma das regiões.⁴ Foram selecionados, assim, os estados do Pará, Paraíba, Piauí, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Bahia e Rio Grande do Sul. O quadro a seguir sintetiza as variáveis adotadas e indica informações complementares que auxiliaram nas escolhas.

4. Tais pesquisadoras têm realizado investigações sobre o tema em níveis de mestrado e doutorado, condição facilitadora do acesso às unidades e aos processos judiciais, uma vez que já conhecem as particularidades dos tribunais de justiça e das superintendências de cada localidade.

Tabela 1 – Quadro de escolha dos estados a serem estudados

Região	Estado	Porte TJ	Censo 2011	Inter. /100 mil hab.	EAP	Programas alternativos	Outras observações
Nordeste	PB	Pequeno	Sim	0,84	Sim	PROA-PB	HCTP parcialmente interditado
Nordeste	PI	Pequeno	Sim	0,03	Sim	PCIPP	Fechou ECTP
Nordeste	BA	Médio	Sim	0,39	Sim	-	HCTP parcialmente interditado
Norte	PA	Médio	Sim	0,61	Sim	PRAÇAÍ	HCTP parcialmente interditado
Centro-Oeste	MS	Pequeno	Não	1,66	Sim	-	Não possui ECTP
Sudeste	SP	Grande	Sim	2,19	Não	-	-
Sul	RS	Grande	Sim	0,44	Não	-	HCTP parcialmente interditado

Fonte: Elaboração própria, a partir de informações retiradas das bases de dados do IBGE (2022), Sisdepen (2022), relatório “Justiça em Números” (CNJ, 2022), Censo sobre ECTPs (Diniz, 2013), além de Provimentos e Atos Conjuntos de Tribunais de Justiça de alguns estados (Bahia, 2024; Paraíba, 2024).

O **Pará** é o estado com maior número de pessoas internadas da região Norte e, em 2013, deu início à discussão e articulação do PRAÇAÍ, que ainda não foi institucionalizado. Em 2019, após a intervenção da FTIP, o juízo de execução penal da região metropolitana de Belém decidiu interditar parcialmente o HCTP, reduzindo o fluxo de entrada. Neste cenário, foi publicada a Portaria 002/2019VEP/RMB, que resgatou os termos do PRAÇAÍ e instituiu o fluxo de atendimento aos internados da unidade de custódia e àqueles com incidente de sanidade mental instaurado que aguardam decisão em internação provisória. Os efeitos desse esforço desinstitucionalizante já é sentido no número da população atualmente internada no estado.

Na **Paraíba**, o Grupo Interinstitucional de Trabalho Interdisciplinar em Saúde Mental, criado, em 2019, pelo GMF/TJPB, elaborou o Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, aprovado em 2021. Já em 25 de abril de 2023, foi celebrado o Termo de Cooperação entre órgãos do sistema de justiça e do Poder Executivo estadual, além de colegiados de saúde, para a implantação do PROA-PB, que visa integrar os procedimentos dos juízos de conhecimento e execução penal às ações de atenção biopsicossocial em conformidade com a Lei n. 10.216/2001, o Decreto n. 6.949/2009 e a Lei n. 13.146/2015, priorizando o atendimento em meio aberto. Esse esforço, entretanto, é menos sentido quando se observa a alta taxa de pessoas em situação de internação provisória no ECTP do estado.

No **Piauí**, a reorientação da atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei teve início em 2012, com a interdição do HPVA, que equivalia ao HCTP do estado. Nesse cenário, o GMF/TJPI, juntamente com o Poder Executivo do estado, implantaram o PCIPP e, desde 2014, equipes de EAP atuam visando à desinstitucionalização dessa população. Na região Centro-Oeste, o **Mato Grosso do Sul** chama atenção por ter uma das taxas mais altas de internação por 100.000 habitantes (1,66), e nunca ter contado com unidades especializadas no cumprimento de medida de segurança, razão que fez com que ficasse fora do Censo de 2011 (Diniz, 2013). De acordo com os dados atuais do Sisdepen, a população em cumprimento de medida de segurança encontra-se dispersa

por pelo menos sete unidades prisionais distintas. Sabe-se também que, em 2020, teve início a implantação do serviço de EAP no estado (Mato Grosso do Sul, 2022). Ambos os estados, por não terem unidades de custódia, são também aqui importantes precisamente por sinalizarem o que ocorre com a medida de segurança quando esta deixa de ter um estabelecimento de custódia específico.

A **Bahia** abriga um dos mais antigos HCTPs do país, conhecido nacionalmente pelas inúmeras violações de direitos humanos cometidas contra as pessoas internadas (Correia, 2007; Viana, 2008; CFP, 2015) e também pelo documentário homônimo *A Casa dos Mortos* (Diniz, 2009). Apesar de ter sido objeto de um Termo de Ajustamento de Conduta no ano de 2004 com o objetivo de assegurar a saúde e a dignidade dos(as) internos(as) (Viana, 2008), não foram percebidas mudanças significativas no HCT-BA duas décadas depois. É relevante mencionar o Mutirão de Medidas de Segurança organizado pelo CNJ, em 2011, no HCT-BA, sob a justificativa do estado estar se adequando às disposições da Lei n. 10.216/2001. Durante essa iniciativa, foram identificadas 156 pessoas internadas: 37 estavam cumprindo medida de segurança, 31 estavam em condições de desinternação, mas ainda custodiadas, e 88 aguardavam o resultado da perícia médica e a sentença.⁵ Na presente pesquisa, a população ali encarcerada é uma das maiores identificadas (196 pessoas) e apresenta a maior taxa de casos em que a decisão de desinternação foi tomada, mas a internação é mantida. Neste ano de 2024, ao mesmo tempo em que a interdição parcial do HCT-BA foi determinada, seguindo a orientação da Resolução CNJ n. 487/2023, também foi criada a primeira EAP no estado (Bahia, 2024).

Já **São Paulo** é o estado com o maior número absoluto de pessoas internadas por medida de segurança (953 pessoas, durante este estudo) e o segundo com maior taxa de internação por 100 mil habitantes (2,19). Esse número, entretanto, não retrata com exatidão o cenário local, tendo em vista que São Paulo possui, além de três HCTPs, alas psiquiátricas em outras unidades prisionais, como Centros de Detenção Provisória e Penitenciárias. Apesar de anunciar a existência de EAP, nenhuma pesquisa empírica sobre os HCTPs do estado conseguiu, até hoje, identificar essa equipe ou constatar indícios de sua atuação (Barros, 2018; Lhacer, 2019; Antunes, 2022).

O **Rio Grande do Sul**, por sua vez, possui um dos mais antigos HCTPs do país, onde, em tese, são custodiadas todas as pessoas em cumprimento de medida de segurança no estado. Em 2007, por meio da parceria entre a UFRGS e o TJRS, foi iniciado o Programa de extensão Des'medida, com o objetivo de promover o acompanhamento clínico, social e jurídico das pessoas internadas no manicômio judiciário. O programa, contudo, não está mais ativo e o estado não conta com outros programas alternativos. Desde a década passada, o HCTP está parcialmente interditado.⁶

Como se pode observar, a escolha dos estados destacados respondeu a diferentes critérios, tentando dar conta das heterogeneidades estatais frente à questão, mas, ao

5. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/hospital-de-custodia-da-bahia-e-o-primeiro-a-receber-mutirao-de-medidas-de-seguranca/>. Acesso em: 6 maio 2024.

6. Na inspeção realizada pelo juiz responsável pelo HCTP do Rio Grande do Sul, no final de 2022, foi novamente realizada a interdição parcial do estabelecimento, especialmente pelas condições infraestruturais e pela falta de equipe médica e terapêutica para o tratamento dos sujeitos internados. A situação foi considerada como tortura e violação de direitos, por parte do Estado, das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br/static/2022/11/Decisao-IPF.pdf>.

mesmo tempo, traçando panorama amplo o suficiente que pudesse percorrer as questões desta pesquisa, dentro dos recortes orçamentário e temporal propostos pelo edital.

Medida de segurança e termos-chave

Levando em consideração uma série de dados que serão apresentados e analisados, faz-se necessário explicar o funcionamento, bem como alguns conceitos-chave, que orientam a compreensão da aplicação e execução do instituto jurídico da medida de segurança.

O ordenamento jurídico brasileiro somente possui, de forma declarada, três modalidades de pena, sendo elas: as penas privativas de liberdade, penas restritivas de direitos e pena de multa, tudo de acordo com a Lei n. 7.210/84 (Lei de Execução Penal). A medida de segurança, por sua vez, não é considerada uma pena, afinal, é aplicada a pessoas que, tendo cometido um crime, foram consideradas, mediante exames de sanidade mental, agentes inimputáveis penalmente, ou seja, isentos de pena por conta da incapacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, segundo o Código Penal brasileiro.

A medida de segurança pode ser aplicada na modalidade de internação em Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP) ou tratamento ambulatorial em equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Importa destacar que, embora o art. 97 do CP estabeleça que agentes de crimes puníveis com detenção sejam submetidos a tratamento ambulatorial, o que se observa é a predominância de decisões de internação em ECTP, como evidenciou o único censo já realizado sobre essa população (Diniz, 2013, p. 40).⁷

Portanto, a finalidade declarada da medida de segurança seria o tratamento, mas, na prática, ela figura como punição. Em alguns aspectos, inclusive, mais severa do que as outras modalidades de pena, visto que além de serem cumpridas em ambiente prisional, as medidas de segurança são permeadas por técnicas punitivas advindas tanto do cárcere quanto dos manicômios. Além disso, segundo o CP brasileiro, a internação perdura por tempo indeterminado, enquanto não for constatada, por meio de perícia médica, a “cessação da periculosidade”, situação que gera insegurança jurídica e imprecisão quanto ao destino das pessoas que cumprem essa modalidade de sanção penal, disfarçada de tratamento.

Importa dizer que embora a chamada presunção da periculosidade da pessoa com transtorno mental tenha sido revogada pela reforma do CP brasileiro de 1984, observa-se que a medida de segurança ainda está alicerçada nesse conceito, visto que a periculosidade segue sendo o seu marco fundamental e, ainda, para a sua extinção, é necessária a averiguação da cessação de periculosidade, conforme prevê a LEP.

Ademais, visto que não é explicitamente considerada uma modalidade de pena, a medida de segurança não abrange certos benefícios de caráter humanitário e que têm como objetivo facilitar a reintegração social do sujeito encarcerado, tais como a pro-

7. De acordo com o Censo, 91% das pessoas que cumpriam medida de segurança em 2011 faziam-no na modalidade de internação e apenas 1% em tratamento ambulatorial (Diniz, 2013).

gressão de regime, as saídas temporárias e o livramento condicional. No entanto, possui instituto que muito se parece com o livramento condicional, sendo ele a desinternação condicional:

Art. 97 (Código Penal)

§ 3.º – A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, praticar fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

Contudo, essa condicionalidade implica seguimento da medida para fora dos muros institucionais e sobretudo em caso de “descumprimento das condicionalidades”,

§ 4.º – Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos. [grifos nossos] (Brasil, 1940).

Ora, parece que se a medida de segurança não alcança a sua finalidade declarada de tratamento, não deveria ser evidente que a privação de liberdade do sujeito, a despeito do tratamento extramuros, jamais alcançará “fins curativos”?

* * *

Cabe, ainda, precisar alguns termos contidos neste relatório:

- **Exame de Sanidade Mental:** exame médico-legal realizado após instauração do Incidente de Insanidade Mental para averiguação da inimputabilidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (art. 149, CPP).
- **Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade (EVCP):** exame realizado para verificar se houve a cessação da periculosidade da pessoa submetida à medida de segurança, constituído por relatório da autoridade administrativa com laudo psiquiátrico (art. 175, LEP). Em regra, o EVCP é constituído pelo laudo psiquiátrico, fruto da perícia realizada por profissionais da psiquiatria, com a finalidade de subsidiar a decisão judicial acerca da possibilidade ou não de desinternação da pessoa submetida à medida de segurança (revogação ou permanência desta).
- **Exame multiprofissional de avaliação:** exame realizado por equipe multiprofissional composta, geralmente, por profissionais da Psicologia, do Serviço Social, da Terapia Ocupacional, em regra, utilizado de forma complementar à perícia psiquiátrica, seja para a aplicação, para a revogação ou para a manutenção da medida de segurança.
- **Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP):** equipe interdisciplinar que compõe o Serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do SUS, estabelecido pela Portaria GM/MS n. 94/2014 (Brasil, 2014), e que foi incluída como ponto de atenção da RAPS pela Portaria GM/MS n. 4.876/2024 (Brasil, 2024), agora denominada EAP-Desinsti.
- **Sentença de determinação:** sentença que determina a aplicação da medida de segurança.
- **Guia de internação:** documento expedido pelo judiciário contendo informações e anexos (art. 173, LEP) para ser remetido à autoridade administrativa (diretor do ECTP) para iniciar a execução da medida de segurança.
- **Decisão ou sentença de desinternação:** decisão judicial que determina a desinternação da pessoa submetida à medida de segurança de internação.
- **Desinternação condicional:** determinada em decorrência das condições impostas na decisão judicial, as quais devem ser cumpridas dentro do período de um ano após a desinternação (art. 97, § 3.º, CP).
- **Decisão ou sentença de extinção:** decisão judicial que extingue a medida de segurança, após o cumprimento das condições impostas na decisão de desinternação.

PARTE 1 PERFIL DAS PESSOAS INTERNADAS EM UNIDADES DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Esta parte tem como objetivo traçar o perfil da população que atualmente está internada nos ECTP dos estados do Pará, Paraíba, Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul. Para tanto, essa frente de pesquisa adotou um estudo, sobretudo quantitativo, com técnica de análise documental dos dossiês físicos das pessoas internadas nos referidos estabelecimentos, a partir de quatro fontes de informação: 1) dados sociodemográficos (sexo, raça, idade, situação conjugal, escolaridade e profissão) e as condições de internação (estudo, trabalho e visita nas unidades); 2) dados de saúde mental (diagnósticos psiquiátricos, registros de passagem por serviços de saúde e de uso de álcool e outras drogas); e 3) dados jurídicos (situação processual, infração penal, prazos de internação, exame de verificação de cessação de periculosidade e outras avaliações, e decisão judicial sobre a desinternação).

Como detalhado na apresentação deste relatório, a seleção dos estados baseou-se no cruzamento de cinco variáveis: 1) representatividade das cinco macrorregiões do país; 2) presença de Tribunais de Justiça de diferentes portes; 3) concentração de internos(as) por 100 mil habitantes; 4) existência de EAP e/ou programas de desinstitucionalização; e 5) presença ou ausência de ECTP. Dos sete estados selecionados (PA, PI, PB, BA, MS, SP e RS), cinco possuem ECTPs e, portanto, compõem o campo desta frente de análise, que não abarca necessariamente as cinco macrorregiões geográficas do país, mas apresenta ECTPs com diferentes dimensões, concentração populacional e experiências com programas de desinstitucionalização e/ou EAPs.

Considerações metodológicas

A fim de conhecer o perfil da população internada nos ECTPs selecionados, essa frente adotou como método a leitura e análise dos dossiês (registros que envolvem dados de inclusão, prontuários e demais informações produzidas pela instituição) dos(as) pacientes-presos(as) internados(as) no momento da coleta, de modo semelhante ao que foi feito no Censo de 2011. Assim, a pesquisa contou com o deslocamento de pesquisadores(as) até as unidades selecionadas, onde tiveram acesso à lista de pessoas que, no primeiro dia da visita, encontravam-se internadas. A partir dessa lista, os(as) funcionários(as) selecionavam e entregavam os dossiês físicos à equipe, que procedia à leitura dos papéis para preenchimento do formulário eletrônico. Esse procedimento aconteceu em quase todas as unidades dos estados analisados, com exceção de São Paulo.

Como se sabe, o estado de São Paulo é o que concentra o maior número de pacientes judiciários(as) de todo o país, somando, no momento da coleta, 953 pessoas, distribuídas em três unidades: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Dr. Arnaldo Amado Ferreira, localizado na cidade de Taubaté; Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Prof. André Teixeira de Lima, localizado em Franco da Rocha; e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II, também em Franco da Rocha. A primeira unidade a ser anali-

sada foi o HCTP de Taubaté, que, então, contava com 259 pessoas. Nos primeiros dias da coleta, a equipe identificou que, diferentemente dos demais estados, parte importante das informações necessárias para traçar o perfil dos(as) internos(as) encontrava-se nos autos processuais, e não nos dossiês físicos, devido a particularidades administrativas do estado de São Paulo.

Essa percepção, somada ao desafio de analisar, em um curto espaço de tempo, os 694 dossiês físicos que se encontravam nos HCTPs I e II de Franco da Rocha, levou a um remanejamento da metodologia adotada até então. No lugar de seguir com a coleta presencial, por meio da análise dos dossiês físicos, optou-se por analisar remotamente os autos processuais dos sujeitos internados nas duas unidades de Franco da Rocha. Desse modo, foi possível ampliar a quantidade de pesquisadores(as) envolvidos(as) e diminuir o tempo da coleta, além de garantir o melhor preenchimento dos formulários, visto que, via de regra, os autos processuais apresentavam informações mais completas que os dossiês físicos utilizados cotidianamente na administração dos(as) internos(as).

Feitas essas considerações, passa-se à descrição dos Estabelecimentos de Custódia analisados e dos modos de organização dos dossiês, além de uma breve descrição do instrumento de coleta adotado.

Histórico e localização dos ECTPs

O único censo já realizado sobre os manicômios judiciais do Brasil destaca três momentos históricos como “picos de criação de ECTPs”: o primeiro entre 1921 e 1933, o segundo na década de 1980 e o último depois de 2001 (Diniz, 2013). Entre os ECTPs selecionados para esta pesquisa, pode-se dizer que a maior parte foi inaugurada durante o primeiro pico de criação dos manicômios judiciais no país, tratando-se, portanto, de instituições antigas e bastante consolidadas. O Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul foi o segundo do país, criado em 1925, seguido do Manicômio Judiciário de São Paulo, em 1933, hoje unidade de Franco da Rocha I. Em seguida, o Manicômio Judiciário da Paraíba, criado em 1943, e o Manicômio Judiciário da Bahia, que abriu suas portas em 1973.⁸ O Manicômio Judiciário do Pará, por sua vez, veio no terceiro pico de criação dessas unidades, depois da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei n. 10.216, de 2001. Inaugurado em 2007, passou a se chamar Hospital Geral Penitenciário (HGP) em 2011, quando foi vinculado à Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa Social do Pará.

Além do Pará, as demais unidades citadas também foram renomeadas ao longo dos anos, tendo o nome “manicômio judiciário” substituído por termos mais próximos do campo da saúde, como “hospital de custódia e tratamento”⁹ ou “instituto de psiquiatria forense”. No Rio Grande do Sul, a unidade foi renomeada IPFMC, em 1964 (Kumer, 2010). O Manicômio Judiciário da Bahia, que inicialmente funcionava no pavilhão Manoel Vitorino do Hospital Juliano Moreira, foi transferido em 1973 para um prédio localizado na Baixa

8. É importante mencionar que o manicômio judiciário da Bahia foi criado por lei em 1928, antes de começar a funcionar na estrutura onde foi inaugurado. Anteriormente, os indivíduos classificados como “loucos criminosos” eram internados em um pavilhão do Hospital Juliano Moreira, onde eram submetidos a perícia e custódia, até o início do funcionamento no prédio determinado em 1973 (Correia, 2007).

9. Com a reforma de 1984 do Código Penal brasileiro, adota-se o termo “hospital de custódia e tratamento psiquiátrico”.

do Fiscal, próximo ao centro de Salvador, onde permanece até a atualidade. Em 1991, passou a se chamar HCT-BA (Torres; Fonseca, 2020).

Já o Manicômio Judiciário da Paraíba passou a ser nomeado como PPF em 1984, ficando vinculado à SEAP da Paraíba e voltando-se exclusivamente ao público masculino. Neste estado, as mulheres são encaminhadas para internação no CPJM,¹⁰ localizado ao lado da PPF. O Manicômio Judiciário de São Paulo, por sua vez, foi renomeado como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha em 1988, por determinação do Decreto Estadual n. 28.195, de 1988 (São Paulo, 1988).

Com exceção do Pará, todas as unidades estão localizadas em populosas e movimentadas regiões das capitais dos respectivos estados, próximas a unidades de saúde e outros estabelecimentos prisionais. No Rio Grande do Sul, o IPFMC está localizado na Av. Bento Gonçalves, uma das avenidas mais movimentadas da capital Porto Alegre, ao lado do Hospital Psiquiátrico São Pedro, na mesma quadra do IPF e do Núcleo de Gestão Estratégica do Sistema Prisional (NUGESP). O HCT da Bahia fica na região norte de Salvador, na Av. Afrânio Peixoto, em um bairro populoso mais distante do centro da cidade. A PPF da Paraíba, por sua vez, situa-se numa região central de João Pessoa, próxima a uma série de hospitais públicos e privados de diferentes portes.

Já no estado de São Paulo, os HCTPs de Franco da Rocha fazem parte de grande complexo prisional-manicomial, formado por dois HCTPs, três Penitenciárias, um CDP Feminino, em Centro de Progressão Penitenciária (CPP) e quatro unidades de internação da Fundação CASA. O HCTP de Taubaté, por sua vez, fica em uma das principais avenidas da cidade, Av. Mal. Deodoro da Fonseca. Importa destacar que essa unidade já funcionou como Febem, Penitenciária Agrícola e abrigou um anexo da Casa de Custódia, mais conhecido como **Piranhão**, que funcionava como Regime Disciplinar Diferenciado (RDD) e que, segundo narrativa consolidada entre os presos, foi onde surgiu o Primeiro Comando da Capital (PCC) (Biondi, 2009). O HGP do Pará, por sua vez, é a única unidade efetivamente afastada da capital, localizada na cidade de Santa Izabel do Pará, dentro do maior complexo penitenciário do estado, a 55 km da capital.

A localização de cada uma das unidades selecionadas permite entrever possíveis desafios e facilidades no acesso e respaldo de familiares aos membros internados(as), como será observado na seção sobre dados sociodemográficos dos(as) pacientes judiciais(as). Ainda que a proximidade dos grandes centros urbanos permita uma maior acessibilidade via transporte público, impõe um desafio de acesso às famílias que habitam o interior do estado – contrariando a prerrogativa da territorialização do acesso ao cuidado em saúde, preconizado pela Lei da Reforma Psiquiátrica n. 10.216/2001.

10. O Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM) é um hospital público estadual, que mantém serviço de internação (voluntária, involuntária e compulsória), um pronto socorro psiquiátrico e um ambulatório. Atualmente, o CPJM conta com 72 leitos para internação de pessoas com transtornos mentais e daquelas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. O hospital realiza a internação de adultos de ambos os sexos e adolescentes. Na ala feminina, também são internadas todas as mulheres com transtornos mentais em conflito com a lei, oriundas de qualquer cidade do estado, seja para a realização do exame de sanidade mental, para o cumprimento da medida de segurança ou para tratamentos determinados judicialmente. Mulheres que cumprem pena ou estão presas provisoriamente em outras unidades prisionais do estado também são atendidas no CPJM para tratamento em saúde mental ou para a realização do exame de sanidade mental.

Organização dos dossiês

Uma vez iniciada a coleta, as equipes de pesquisadores(as) tiveram de lidar com os desafios próprios de cada unidade, que organizam os dossiês das pessoas internadas das mais diversas maneiras. Em cada um dos campos foram necessários ajustes e pedidos de complementação, a fim de responder os formulários da pesquisa da forma mais completa possível.

O HGP do estado do Pará foi o único que a equipe destacou ter tido facilidade em manusear e encontrar as informações necessárias nos dossiês. Neles foi possível identificar informações sobre as condições socioeconômicas, histórico de tratamento em saúde mental, referências familiares, relatórios de enfermagem sobre as condições de saúde em geral e também dispensação de medicações, relatórios de terapeutas ocupacionais, psicólogos(as), assistentes sociais, entre outros(as) profissionais que fazem parte desta equipe. Tais documentos foram imprescindíveis para responder boa parte do instrumento de coleta de dados.

Destaca-se que os prontuários seguem todos a mesma organização, que trilha uma linha temporal, ainda que organizada de modos diferentes, e é categorizado pela sua natureza, condição que permitiu a rápida familiarização com os documentos, já que se sabia exatamente onde encontrar cada informação. Em momentos pontuais, para fins de complementação de dados, foi manuseada a plataforma do SEEU, em geral, para confirmar a data da realização de exames e outras avaliações pelas equipes multidisciplinares (nem todos esses documentos continham cópias nos prontuários, porém, havia referências da realização desses procedimentos em ofícios, decisões, entre outros documentos).

Já nos demais estados foram elencados uma série de desafios para identificar as informações requisitadas pelo instrumento. Na Paraíba, destaca-se a inexistência de uma lógica na disposição dos documentos nos prontuários acessados, o que demandou mais tempo para a coleta dos dados. Destaca-se, também, a ausência de documentos relativos aos processos judiciais para melhor entendimento sobre a situação/fase processual; a ausência de informações relevantes nos prontuários para responder algumas perguntas da pesquisa, sobretudo quando se tratava de internações mais recentes; e a constatação de informações conflitantes em alguns prontuários. Sendo assim, foram necessários o apoio de funcionários(as) da unidade e o acesso aos dados que a instituição produz para enviar ao Infopen, onde se encontram algumas das lacunas não identificadas nos prontuários físicos. Em relação às visitas, foi necessário aceder aos registros manuais produzidos por uma policial penal, que continha os nomes de todos(as) os(as) pacientes judiciários(as) que recebem visita.

No Rio Grande do Sul, os documentos médicos continham poucas informações relacionadas ao formulário e eram, em sua maioria, anotações de atendimentos médicos e psicológicos. Para conseguir informações complementares sobre esses documentos, era necessário percorrer o IPFMC em direção às unidades, já que elas ficam alocadas na unidade/“galeria” em que o(a) interno(a) está alojado(a). O contato para retirar tais prontuários era feito com os(as) policiais penais das unidades. Em relação aos prontuários administrativos, muitos não continham documentos e informações essenciais, como

a cor/etnia da pessoa internada, o enquadramento jurídico, a denúncia, a sentença e a última decisão do(a) juiz(a).

Além disso, havia o problema de legibilidade de prontuários de pacientes de longa internação, uma vez que as papeletas, de tão antigas, tinham as palavras apagadas pela passagem do tempo. Nesses casos, a equipe recorreu ao setor jurídico ou à funcionária do arquivo, que buscava essas informações no Infopen-RS e no SEEU. Outra informação incerta era a existência de curatela e de benefício assistencial ou previdenciário. Em alguns documentos antigos constava como “em processo de concessão”, o que não assegurava se fora concedido posteriormente ou não. Para solucionar esse problema, foi solicitada às assistentes sociais uma tabela contendo informações sobre benefícios e curatela. Em suma, destaca-se a utilização do Infopen e do SEEU na coleta dos dados, já que os(as) funcionários(as) tendem a privilegiar a inserção de informações nas plataformas eletrônicas, o que torna as papeletas e os prontuários muitas vezes incompletos.

Nos dossiês coletados na Bahia, as fichas de identificação dos(as) pacientes judiciários(as) e o histórico de internações eram os documentos mais organizados e padronizados dos prontuários. As informações jurídicas, por sua vez, eram bastante dispersas e não seguiam uma lógica linear, ora começando com dados do inquérito até a execução, ora fazendo o caminho contrário. Os casos de pacientes de longa internação eram os mais desafiadores, pois, além de apresentar documentos desgastados pelo tempo, seguiam lógicas e padrões descritivos bastante diferentes dos atuais. Enquanto os documentos jurídicos eram dispersos e pouco esclarecedores, a equipe destacou a riqueza de informações presentes nos exames de sanidade mental produzidos pelos peritos do estado. Os laudos tinham uma média de 10 páginas, chegando a quase 20 páginas em alguns casos, contendo detalhadas anamneses e descrições clínicas, frequentemente referenciando literatura especializada e atualizada sobre o tema para fundamentar seus argumentos. Chamou a atenção também a frequência com que esses exames sugeriam tratamento ambulatorial ou períodos curtos de internação, seguidos de reavaliações periódicas para o encaminhamento para tratamento ambulatorial.

No estado de São Paulo, como destacado anteriormente, a equipe identificou, por meio da coleta realizada no HCTP de Taubaté, que parte importante das informações buscadas não se encontravam nos dossiês físicos utilizados na administração cotidiana dos(as) internos(as), mas estavam disponíveis eletronicamente nos autos processuais. Um exemplo disso são os laudos de sanidade mental – documento crucial para o levantamento do perfil de saúde mental e dos tempos processuais relativos à internação –, que dificilmente eram encontrados nos documentos físicos, mas podiam ser acessados remotamente por meio dos autos processuais. Desse modo, boa parte da análise de dados do estado de São Paulo foi desenvolvida remotamente, por meio da leitura sistemática dos autos processuais.

Em relação à coleta presencial realizada na unidade de Taubaté, a equipe destacou a heterogeneidade na organização dos documentos nos prontuários, de modo que, muitas vezes, era preciso buscar orientação nos registros feitos à mão pelo setor jurídico da unidade, que elencam, na última página do dossiê, os processos judiciais e as datas relacionadas ao caso em tela. Destacou-se também o fato de que a maioria dos pron-

tuários não contava com o Exame de Sanidade Mental, laudo que deveria ser requisitado pelo judiciário para embasar a decisão de aplicação ou não da medida de segurança. De acordo com as funcionárias, o processo de digitalização dos autos processuais, que no estado de São Paulo ocorre sistematicamente desde 2015, fez com que documentos considerados dispensáveis para a administração interna dos pacientes judiciários(as) no HCTP – como os exames de sanidade mental – deixassem de ser impressos, já que podiam ser acessados digitalmente, em caso de necessidade. Isso sugere que tal exame, necessário para determinar a imputabilidade ou inimputabilidade do(a) acusado(a), possui pouco valor prático na rotina administrativa do HCTP de Taubaté, que parece organizar suas demandas tendo como base informações da acusação, da sentença e dos prontuários de saúde internos à unidade.

A ausência pontual de sentenças e predominante de exames de sanidade mental fez que a compreensão sobre a situação jurídica e sobre o diagnóstico da pessoa internada fosse prejudicada, levando a equipe a contar com o apoio de funcionárias e do sistema eletrônico para a obtenção dessas informações. Ainda assim, foi necessário, em determinado momento da coleta, tomar a decisão de focar nas informações concernentes aos dossiês físicos – o que, em parte, impactou os dados referentes à data precisa do exame de sanidade mental.

Diversos prontuários e processos apontavam, ainda, o que era chamado pelos(as) pacientes como “quebra de CAPS”, isto é, quando a pessoa é internada, seja por descumprimento da determinação judicial de frequentar o CAPS como parte do tratamento ambulatorial, seja por descumprir o tratamento ambulatorial estabelecido como condição para a desinternação. Como termo que emerge das próprias pessoas custodiadas, “quebra de CAPS” foi também incorporado pelos atores do sistema de justiça e pode ser verificado, inclusive, nos documentos institucionais.

Por fim, chamou a atenção o fato de que a maior parte das pessoas atualmente internadas no HCTP de Taubaté tenham ingressado na unidade em 2023, sugerindo, em um primeiro momento, que se tratava de internações mais curtas. Entretanto, analisando os prontuários, entendeu-se que o ingresso no HCTP é o movimento mais recente dentro de um percurso, por vezes mais longo, de circulação pelo sistema prisional paulista, que inclui delegacias de polícia, centros de detenção provisória, penitenciárias e alas psiquiátricas em unidades prisionais comuns. Assim, ainda que muitas pessoas estivessem em tempo bastante recente no HCTP de Taubaté, é preciso considerar que elas estão presas há um período maior, sendo transferidas de unidade em unidade, a depender de fatores como a tramitação do processo, o convívio com as demais pessoas presas, o cometimento de novos delitos etc.

Sobre a existência de alas psiquiátricas em presídios comuns, o estado de São Paulo apresenta um cenário específico. Segundo Andreia Barros (2018) e Sara Antunes (2022), em 2014, o estado de São Paulo formalizou a criação de uma ala psiquiátrica, dentro de uma penitenciária comum, destinada a concentrar pessoas que até então se encontravam espalhadas por unidades prisionais de todo o estado, enquanto aguardavam por vaga nos HCTPs. Sob o argumento de prover assistência e tornar mais célere o fluxo de atendimento a essa população, representantes do Judiciário e da Psiquiatria

firmaram um termo de cooperação técnica, que ensejou a criação da “ala especial” na Penitenciária masculina III de Franco da Rocha, destinada a todos aqueles que tiveram laudo de sanidade mental concluído, mas se encontravam em situação processual irregular, sem medida de segurança decretada. Além dessa ala, formalmente destinada a este fim, outras unidades prisionais da capital passaram a estruturar alas psiquiátricas informais no seu interior, incorporando os excedentes da Penitenciária III de Franco da Rocha, como os Centros de Detenção Provisória masculinos II e III de Pinheiros, o Centro de Detenção Provisória Feminino de Franco da Rocha e o “pavilhão do RO” da Penitenciária Feminina de Santana (Mallart, 2021; Antunes, 2022).

Importa destacar, com isso, que esse movimento histórico formalizou no estado um fluxo administrativo de pessoas com transtornos mentais em situação processual irregular que, em sua maioria, só alcançam os HCTPs quando têm a medida de segurança decretada. Nesse cenário, aqueles(as) internados(as) provisoriamente ou privados de liberdade enquanto aguardam o laudo de sanidade mental são eclipsados dos dados oficiais sobre a população com transtornos mentais confinada no sistema prisional do estado. Devido principalmente à limitação temporal, não foi possível abarcar as alas psiquiátricas do estado de São Paulo neste estudo, investigação que certamente merece ser explorada em pesquisas futuras.

Apresentação do formulário

Para conhecer o perfil sociodemográfico, criminal e de saúde mental das pessoas internadas nos ECTPs dos estados selecionados pela pesquisa onde tais unidades existem, foi desenvolvido um formulário eletrônico. Para isso, partiu-se das perguntas elencadas no Edital do CNJ, das questões elaboradas pelo Censo de 2011 (Diniz, 2013) e adicionaram-se perguntas que buscavam responder aos principais problemas levantados pelo projeto. Foram elaboradas 80 perguntas, distribuídas em três principais partes: I. Perfil Sociodemográfico; II. Perfil de Saúde Mental; III. Situação Jurídica, que foram descritas e analisadas a partir dos dados coletados nos ECTPs dos estados do Pará, Paraíba, Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul. Os estados serão aqui analisados nesta ordem, compreendendo cada região do Brasil que os envolve, quais sejam: Norte, Nordeste, Sudeste e Sul.

A íntegra do formulário está disponibilizada no Apêndice 2. Nesse momento, será realizada a reflexão sobre a sua organização. A seção I, referente aos Dados Sociodemográficos, tem como objetivo apresentar e analisar os dados relacionados ao perfil da população internada em ECTP nos estados trabalhados na Parte I, a partir da análise de documentos e registros dos prontuários e dossiês disponíveis nos estabelecimentos.

A análise sociodemográfica foi construída a partir da coleta de informações das seguintes questões: data de nascimento ou idade auferida, nacionalidade, sexo/gênero, raça/etnia, situação conjugal, quantidade de filhos, escolaridade, cidade e estado de residência anterior à internação. Aqui é importante destacar que, na maior parte dos estados analisados, é pequena a presença de mulheres internadas, o que tornou difícil fazer um recorte de gênero por estado, de modo que se apresenta esse recorte somente na análise geral comparativa entre os estados. Com relação aos dados sobre raça/etnia, baseou-se na descrição produzida pelo ECTP nos dossiês analisados, reconhecendo os

riscos da heteroidentificação e da leitura de “segunda mão”. Além disso, foram elaboradas questões que visam traçar o perfil socioeconômico e identificar a existência ou não de amparo social na vida dos sujeitos internados – sondando, com isso, as condições e os desafios para uma desinternação efetiva.

Para traçar o perfil socioeconômico e avaliar a autonomia financeira dos sujeitos internados, questionou-se se nos dossiês constam registros de experiências laborais anteriores à internação, se esse trabalho gerava renda ou salário ou se o sujeito recebia algum benefício social. Entre os benefícios previstos, foram incluídos o BPC, a previdência social e o Bolsa Família ou Auxílio Brasil. O BPC (Benefício de Prestação Continuada), previsto na legislação brasileira – Lei Orgânica da Assistência Social, é um benefício assistencial para pessoas com deficiência e idosas que não têm meios de prover a subsistência. Esse benefício visa garantir um salário mensal, baseado no salário-mínimo federal, para pessoas em situação de vulnerabilidade social que atendam aos critérios para a concessão do BPC.

Já o Bolsa Família é um programa de transferência de renda implementado pelo Governo Federal em 2003, com o objetivo de combater a pobreza e a extrema pobreza, garantindo, em tese, o acesso a direitos básicos e promovendo a inclusão social. Questionou-se, também, se os(as) pacientes judiciários(as) possuem algum documento de identificação (RG e CPF), uma vez que a inexistência desses documentos é um importante marcador de classe social e um entrave para diversos aspectos da vida após a desinternação. O que se verificou, em muitos casos, é que as pessoas são documentadas, mas nem sempre têm consigo a via física dos documentos, que, muitas vezes, é providenciada pelo setor social dos estabelecimentos. Em alguns casos, tais documentos, especialmente RG e certidão de nascimento, guardavam suas novas vias nos prontuários.

A partir dos registros da presença de experiência laboral, as ocupações dos indivíduos foram enquadradas pela CBO, um sistema brasileiro de classificação de diferentes ocupações profissionais, desenvolvido pelo Ministério do Trabalho e Emprego para padronizar a identificação e descrição das atividades laborais. Os grandes grupos de classificação são:

Tabela 2 – Identificação e descrição de atividades laborais

0	Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares
1	Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes
2	Profissionais das ciências e das artes
3	Técnicos de nível médio
4	Trabalhadores de serviços administrativos
5	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados
6	Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca
7	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais
9	Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção

Fonte: elaboração própria.

Importante destacar que a CBO estipula duas categorias com o mesmo nome (7 e 8 – trabalhadores da produção de bens e serviços industriais), mas com atribuições distintas. Enquanto a categoria 7 refere-se a trabalhos “artesaniais”, entendidos como os(as) trabalhadores(as) que conhecem e trabalham em todas as fases do processo de produção, independentemente de usar equipamentos rudimentares ou sofisticados, a categoria 8 é reservada aos operadores de máquinas.

A classificação Trabalhadores Agropecuários, Florestais e da Pesca engloba profissionais envolvidos em atividades relacionadas à agricultura, pecuária, silvicultura e pesca. Esse grande grupo abrange desde agricultores, pecuaristas até trabalhadores rurais que atuam na produção de alimentos e matérias-primas de origem animal e vegetal. O campo 8 Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais abrange aqueles que atuam em fábricas, indústrias, oficinas e empresas de diversos setores, como metalurgia, têxtil e automobilística. Já Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados engloba ocupações relacionadas à prestação de serviços diversos em estabelecimentos comerciais, como atendentes de balcão, auxiliares de limpeza, recepcionistas, seguranças, operadores de caixas registradoras, embaladores de mercadorias, vendedores ambulantes, entre outras atividades relacionadas à venda de produtos de varejo.

É importante dizer que a análise se baseou nessa classificação para organizar e agrupar uma grande gama de possibilidades ocupacionais descritas nos dossiês. Mas vale ressaltar que, na maioria dos casos, a inserção dessas pessoas no mercado de trabalho ocorre de maneira predominantemente informal, com vínculos bastante precarizados e de modo inconstante ao longo de suas trajetórias. No caso das mulheres, era frequente a menção a “prendas do lar” como um modo de distanciá-las do trabalho remunerado.

Em relação ao amparo social dos sujeitos internados, foram elaboradas perguntas que questionam a existência de referências familiares, de serviços de saúde que atuam como referência dos(as) pacientes judiciários(as), de amigos(as), vizinhos(as) ou de curador(a) dativo(a) que os(as) acompanham. Sobre este último, cabe esclarecer que o(a) curador(a) dativo(a) pode desempenhar papel importante na defesa dos direitos e interesses do sujeito considerado inimputável. Essa figura legal, nomeada pelo Judiciário, representa pessoas com necessidade de apoio para tomada de decisão por razões de saúde mental, especialmente na gestão da vida financeira, para pedir benefício assistencial, solicitar documentos e buscar vagas em equipamentos de saúde, bem como pleitear vagas em SRT. Em alguns casos, esta figura se mostrou mais necessária nos estados onde a DP era menos atuante.

Porém, é necessário salientar que com a Lei Brasileira de Inclusão, houve alterações no Código Civil quanto à capacidade civil das pessoas com deficiência, trazendo à tona novo modelo que garante à pessoa com deficiência o direito de exercer a sua capacidade civil em igualdade de condições com as outras pessoas. Pode-se optar pela tomada de decisão apoiada ou, quando necessário, pela curatela, esta última como uma medida de proteção excepcional, sempre adequada às necessidades e circunstâncias individuais e pelo menor período possível (Brasil, 2015).

Além dos dados sociodemográficos, foram levantadas algumas informações referentes às condições de internação no interior das unidades, buscando identificar o acesso dos(as) internos(as) a atividades laborais e de estudo, bem como a presença de familiares nas visitas. Se a pretensão dos Hospitais de Custódia é oferecer condições de tratamento e ressocialização às pessoas internadas, o que envolveria promover atividades lúdicas, formativas e de trabalho, além de fortalecer os vínculos familiares, visando a desinternação, importa compreender como, e mesmo se, isso acontece na prática.

A Seção II, por sua vez, tem como propósito traçar o perfil de saúde mental da população internada nos ECTPs dos estados selecionados. A análise foi construída a partir da coleta de informações das seguintes questões: qual foi o diagnóstico referente à CID-10 encontrado no prontuário; em qual documento esse diagnóstico estava registrado; se havia registros de passagens por serviços de saúde mental antes da internação; se havia registro, na decisão judicial, de uso de álcool e outras drogas no período imediatamente anterior à internação – e, em caso positivo, quais substâncias –; e se a internação foi determinada para tratamento em decorrência do uso de drogas. Com essas questões, buscou-se saber, primeiramente, qual o perfil diagnóstico das pessoas internadas nos ECTPs, além de como e onde esses diagnósticos aparecem nos dossiês. Nesse aspecto, é importante dizer que a questão permitia múltipla escolha, pois às vezes mais de um CID era descrito nos documentos.

Também buscou-se identificar se esses sujeitos eram atendidos por serviços de saúde mental antes da internação e, se sim, em quais instituições, o que permite refletir sobre quais são os serviços e dispositivos acionados no percurso pregresso das pessoas internadas e sobre o circuito institucional no qual os manicômios judiciais estão inseridos. Por fim, buscou-se identificar se os ECTP têm sido usados pelo judiciário para encaminhar pessoas que supostamente fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e são acusadas de perturbar a “ordem” pública, hipótese largamente aventada em pesquisas recentes desenvolvidas no estado de São Paulo (Lhacer, 2013, 2019; Kolker, 2016; Tedesco, 2016; Pastoral Carcerária, 2018; Barros, 2018; Mallart, 2021; Antunes, 2022; Wilke; Amaral, 2022) e que, como se verá, se confirmou durante o levantamento, ainda que com mais prevalência em alguns estados do que em outros.

Por fim, a seção III, a maior do formulário, tem o objetivo de apresentar os dados sobre o itinerário jurídico das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei internadas nos ECTPs pesquisados. Cabe enfatizar que a coleta de dados se refere ao momento da internação durante o período de levantamento em cada unidade, representando, assim, um instantâneo da situação processual. Para uma análise mais robusta sobre o itinerário jurídico da população submetida à medida de segurança nos estados pesquisados, com mais elementos sobre o percurso processual, remete-se à Parte II desta pesquisa, que faz uma investigação comparativa de processos em estados com e sem ECTPs, tendo, para tanto, selecionado processos distribuídos dentro de um recorte temporal de seis anos.

A situação jurídica baseada nesses dados se concentrará, na seção III, nas seguintes informações, extraídas dos dossiês disponibilizados nos ECTPs: situação processual; infração penal; prazo da internação determinado na sentença e tempos de internação;

EVCP e avaliações diversas do EVCP; e decisão judicial sobre desinternação. Aqui, é preciso especificar alguns pontos.

A situação processual identifica as seguintes circunstâncias: i) internação provisória (seja aguardando a realização do exame de sanidade mental ou a decisão judicial após conclusão do laudo); ii) cumprindo medida de segurança de internação ou de tratamento ambulatorial; iii) com decisão de desinternação, mas ainda em internação; iv) com a medida de segurança extinta, mas ainda em internação; v) prisão provisória, em tratamento de saúde mental no ECTP; vi) cumprindo pena, em tratamento de saúde mental no ECTP ou realizando exame de sanidade mental (possíveis casos de superveniência de “doença mental”); e vii) outra situação. Observam-se, ainda, casos de reinternação e de medida de segurança de internação resultante da conversão da pena.

A infração penal se refere ao tipo penal imputado às pessoas internadas nas unidades, seja do Código Penal ou da legislação penal extravagante, conforme constou no formulário. Vale registrar que no formulário foram inseridas opções de múltipla escolha, com infrações penais do CP (Decreto-Lei n. 2.848/1940) e de outras leis, como a Lei de Drogas (Lei n. 11.343/2006), tendo em vista que na fase de pré-teste tais infrações penais apareceram com regularidade. Além disso, foi incluído um espaço para o registro de outras infrações que não estavam listadas nas opções de múltipla escolha, as quais também foram tabuladas e incluíram delitos previstos em legislações penais adicionais, como a Lei das Contravenções Penais (Decreto-lei n. 3.688/1941), o Estatuto do Desarmamento (Lei n. 10.826/2003), a Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340/2006), entre outras.

O prazo da internação determinado na sentença interessa à pesquisa no sentido de observar como o judiciário acompanha a previsão normativa na sua aplicação (art. 97, § 1.º, CP), que mesmo estabelecendo que a internação será por tempo indeterminado, estipula que o prazo mínimo deverá ser de um a três anos.

Como é de interesse da pesquisa identificar os tempos da internação e do itinerário jurídico das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, um conjunto de questões foi produzido de modo a abarcar esse aspecto: a) há quanto tempo a pessoa está internada; b) há quanto tempo a pessoa está provisoriamente internada, sem decisão judicial definitiva; c) há quanto tempo a pessoa é mantida internada após a indicação de cessação da periculosidade; d) o tempo decorrido entre a realização do EVCP e a decisão de desinternação; e) há quanto tempo a pessoa é mantida internada após receber a decisão de desinternação. Os prazos foram calculados levando em consideração a data da coleta de dados em cada unidade (em 2023 ou em 2024), a data da internação, além das datas do EVCP e da decisão de desinternação.

É relevante notar a conformidade com a Súmula 527 do STJ, que estabelece que o período de duração da medida de segurança não deve exceder o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. Esta questão também contribui para identificar se outro prazo é adotado em virtude dos parâmetros estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Mental, desde a promulgação da Lei n. 10.216/2001, no que se refere à internação das pessoas com transtorno mental, sobretudo compreendendo a vigência das Recomendações e Resoluções do CNJ e do CNPCP.

Trata-se das Resoluções n. 5/2004, n. 4/2010 e n. 4/2014 do CNPCP, que determinam que, na execução da medida de segurança, devem ser observados os princípios estabelecidos pela Lei n. 10.216/2001, com o tratamento e cuidado em saúde mental em serviços substitutivos em meio aberto (CNPCP, 2004, 2010), e, mais especificamente, na RAPS (CNPCP, 2014). No âmbito do CNJ foram publicadas a Resolução n. 113/2010 (CNJ, 2010) e a Recomendação n. 35/2011 (CNJ, 2011), as quais preveem diretrizes a serem adotadas em atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e na execução da medida de segurança, a partir da implementação de políticas antimanicomiais. Mais recentemente, tem-se a Resolução n. 487/2023 do CNJ, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a CDPD e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança (CNJ, 2023c). Acrescente-se, ainda, a Portaria n. 94/2014 do Ministério da Saúde (Brasil, 2014b), que propõe o redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Quanto ao EVCP, busca-se identificar não só a sua realização nos casos levantados, mas os principais motivos nele alegados para a desinternação/cessação da periculosidade ou não da pessoa internada. Importante destacar que esse conjunto de motivações foi extraído durante o período de pré-teste do formulário aplicado na PPF-PB, uma vez que contemplam o conjunto de argumentos mais frequentemente mobilizados pelos profissionais para fundamentar a decisão de desinternação, não se tratando, portanto, de fundamentos estritamente jurídicos, e sim, empíricos. Isso vale igualmente para os argumentos usados nas recomendações de manutenção da internação.

Ademais, mesmo que a legislação penal e de execução penal seja adotada no âmbito da aplicação e execução das medidas de segurança, é importante notar que ela remonta ao início da década de 1980, anterior à Constituição Federal de 1988. Segundo a análise de Caetano (2019), a consagração da culpabilidade como princípio constitucional fundamental (particularmente no art. 5.º, incisos XLV e LVII, CF) implica a não recepção da teoria da periculosidade na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Assim, apesar de a cessação de periculosidade ser um requisito legal tanto do CP quanto da LEP para a desinternação, outras normativas foram estabelecidas para alinhar a aplicação e execução da medida de segurança com os preceitos da Constituição Federal de 1988, aos instrumentos internacionais de direitos humanos, notadamente a CDPD, e à Lei n. 10.216/2001. É o que se observa a partir das Resoluções do CNJ e do CNPCP que estabelecem novos fluxos e procedimentos visando desvincular o cuidado em saúde mental da abordagem de privação de liberdade, com ênfase na *priorização* da saúde e da atenção psicossocial (CNJ, 2010, 2011, 2023c; CNPCP, 2010, 2014).

Nesse sentido, é importante identificar se, mesmo após tais normativas e orientações, e, considerando as práticas exitosas implementadas no Brasil voltadas ao cuidado integral das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, que se fundamentam em outras diretrizes – reinserção social, presunção de sociabilidade e atenção psicossocial –, como o PAILI, o PAI-PJ e o EMPAP (Barros-Brisset, 2010; Saddi, 2017; Oliveira, 2021), o argumento da cessação de periculosidade ainda é mobilizado nas perícias para embasar a decisão sobre a desinternação. Como será observado, esse argumento continua a ter grande peso nessas análises.

Já as avaliações nomeadas “diversas do EVCP” se referem aos novos exames ou avaliações biopsicossociais que passaram a ser adotadas por alguns estados no âmbito da execução da medida de segurança, visando a desinstitucionalização e o acolhimento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei por equipamentos de saúde extra hospitalares. Portanto, identifica-se se tais avaliações estão sendo realizadas nos estados pesquisados, quais os profissionais estão envolvidos e quais os principais motivos nelas alegados para a desinternação ou não da pessoa internada.

Também é uma forma de observar o impacto da implantação da EAP, com a habilitação das equipes EAPs, desde a sua criação em 2014 a partir da PNAISP (Brasil, 2014a). No entanto, foi verificado que tais avaliações nem sempre divergem das recomendações do EVCP, mas, por vezes, ambos se reforçam e subsidiam as sentenças. Nos casos em que divergem, em geral, a recomendação do EVCP prevalece na decisão judicial.

No que se refere à decisão judicial sobre desinternação, além de revelar a quantidade de casos, busca-se identificar os motivos alegados pelos magistrados e magistradas para deferir ou não a desinternação. Essa informação ganha maior relevância considerando as diretrizes da Resolução CNJ n. 487/2023 e os prazos nela estabelecidos para a interdição total e o fechamento dos ECTPs.

Por último, uma questão que ocupou inicialmente a equipe foi verificar se houve mudanças nas condições impostas na decisão judicial de desinternação e nos procedimentos de desinternação em função de covid-19. Entre as medidas adotadas no âmbito do Poder Judiciário da Paraíba para o enfrentamento a covid-19, como as previstas na Portaria n. 06/2020 da VEP da Comarca da Capital do TJPB, com recomendações sobre o tratamento em saúde mental das pessoas com deficiência psicossocial em cumprimento de medida de segurança de internação (Paraíba, 2020; Correia e Almeida, 2022), houve a suspensão da realização das audiências admonitórias¹¹ de forma presencial na sala de audiência da referida VEP. O procedimento adotado à época foi a leitura da decisão judicial de desinternação pelo diretor da PPF-PB para o(a) interno(a) e seus familiares numa sala do prédio desta unidade, por ocasião da desinternação.

A adoção da audiência virtual também foi realizada nos outros estados. Nesse sentido, a pandemia teve um efeito significativo de incorporação da prática de teleaudiência, no que se refere à relação com o Judiciário. E, no interior das unidades, da incorporação institucional da teleconferência com familiares. Tal prática, segundo os diretores e diretoras das unidades pesquisadas, auxiliou o contato com a família, especialmente das mais carentes ou que moram em cidades mais afastadas, contribuindo tanto para a interlocução da instituição com os(as) familiares quanto para o cotidiano na unidade, supostamente, ao diminuir um estado de ansiedade disseminado entre os(as) pacientes que, antes dessa prática, não conseguiam manter contato continuado com familiares. Ainda assim, é preciso insistir no fato de que a teleconferência não pode servir como substituta da visita presencial e que esta é direito de toda pessoa custodiada pelo Estado.

11. Na Paraíba, a audiência admonitória ocorre no âmbito da execução penal, e, no caso das medidas de segurança, após o deferimento da desinternação da pessoa do ECTP, a partir de decisão judicial. Nesse momento, a pessoa em questão – e seus familiares, quando o acompanhamento deles também é exigido como condição para a liberação da pessoa – são informados sobre as condições da desinternação, conforme estabelecido nos artigos 178, 132 e 133 da LEP. Embora não haja disposição legal específica sobre audiências relacionadas à decisão de desinternação, essa é uma prática adotada pela VEP do TJPB.

Mas, no geral, com relação aos dados levantados, não foi identificada mudança significativa nos procedimentos de desinternação. Nos únicos dois casos em que essa se verificou, em um deles houve a decisão de desinternação condicional de imediato (que não se efetivou por falta de contato familiar, conforme registrado no formulário); e no outro caso, a juíza dispensou a realização da audiência admonitória.

Apresentados os principais campos do formulário, a seguir será realizada a análise dos resultados nos estados do Pará, Paraíba, Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul, conforme a ordem das seções acima descritas. Como mencionado anteriormente, optou-se por fazer registro em separado dessas unidades, tanto por considerar a potencialidade de oferecer um retrato das distintas situações desses Estabelecimentos de Custódia quanto por fornecer, aos próprios estados, informações detalhadas sobre a população internada nessas instituições. Ao final dessa apresentação estado por estado, serão realizadas algumas considerações, estabelecendo aproximações.

1.1 Pará: Hospital Geral Penitenciário

Tabela 3 – Dados gerais do HGP – PA

DADOS GERAIS	
DATA DE INAUGURAÇÃO	17/03/2007
VÍNCULO INSTITUCIONAL	SEAP/PA
POPULAÇÃO INTERNADA	55 (TOTAL); 48 (M); 7 (F)
RAÇA/COR/ETNIA	45 (PP); 8 (B); 2 (N/I)
INTERNAÇÃO PROVISÓRIA OU SEM SENTENÇA	3
MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO	48
MEDIDA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL, EM ECTP	2
MEDIDA COM DECISÃO DE DESINTERNAÇÃO OU EXTINÇÃO	0
PRISÃO PROVISÓRIA EM ECTP	1
CUMPRIMENTO DE PENA EM ECTP	1

Fonte: elaboração própria.

1.1.1 Perfil sociodemográfico

No momento da coleta dos dados, o HGP abrigava 55 pessoas internadas. Em comparação com os dados de 2011, de acordo com o único censo disponível (Diniz, 2013), o HGP, que, então, tinha 165 pessoas internadas, registrou diminuição de aproximadamente 66%. É preciso fazer uma contextualização para entender esse decréscimo, que se deu em função de diversos fatores.

O primeiro deles foi a proposição do Programa Paraense de Atenção Integral à Pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, o PRAÇAÍ, em 2013. Apesar de não ter obtido adesão de todos os órgãos envolvidos na política antimanicomial, a criação do PRAÇAÍ possibilitou o debate sobre o tema e algumas conquistas. A principal delas, ocorrida em 2015, foi a pactuação para criar a EAP, vinculada à DPAIS da SESPA, conforme preconizado pela Portaria n. 94/2014 do Ministério da Saúde.

Assim, a EAP passou a figurar como importante parceira da VEP da Região Metropolitana de Belém, responsável pela gestão dos processos das pessoas internadas no manicômio judiciário, em prol da realização de ações integradas, especialmente aquelas afetas à articulação com a RAPS e à avaliação das medidas de segurança aplicadas aos pacientes judiciários, na perspectiva da Lei n. 10.216/2001.

No ano de 2019, com a intervenção no Sistema Penitenciário do Estado do Pará, conduzida pela Força-Tarefa de Intervenção Penitenciária (FTIP), foi identificada situação de “calamidade” no HGP. Dessa forma, foi proferida decisão de interdição do HGP pelo juiz titular da VEP/RMB, em função da superlotação, da ausência de medicamentos e de equipe de saúde especializada, além da existência de diversos presos provisórios que há anos aguardavam pela definição de seus processos, entre outras situações. À época foi decidido que apenas permaneceriam no HGP as pessoas com medida de segurança aplicada, com a vedação do ingresso de novos presos provisórios ou pessoas sentenciadas com demandas de saúde mental, salvo quando autorizada a transferência pelo juiz titular da VEP/RMB, visando ao atendimento célere, humanizado e clinicamente adequado a cada caso. Os dados coletados no estado do Pará, como se verá, confirmam o estreitamento da porta de entrada em casos de internação provisória.

Também foi determinada a realização de ação conjunta para promover a desinternação condicional de todas as pessoas internadas que, após avaliação, tivessem a possibilidade de serem direcionadas para o cumprimento de medida de segurança de tratamento ambulatorial, além da transferência de determinados casos (incompatíveis com os fins a que se destina a medida de segurança) para as unidades prisionais pertinentes. Para tanto, foi publicada a Portaria n. 002/2019 – VEP/RMB/TJPA, de 4/10/2019, regulamentando o ingresso e a permanência de custodiados(as) no HGP, e estabelecendo medidas de ação integrada dos atores da RAPS, do sistema prisional e do judiciário, para, conjuntamente, avaliar e acompanhar cada caso, resgatando os termos do PRAÇAÍ. Com essas iniciativas, constatou-se a redução considerável do contingente populacional custodiado no HGP e a mobilização dos(as) gestores(as) de políticas públicas sociais do estado e dos municípios para as ações necessárias à desinstitucionalização ou modulação da internação para o tratamento ambulatorial.

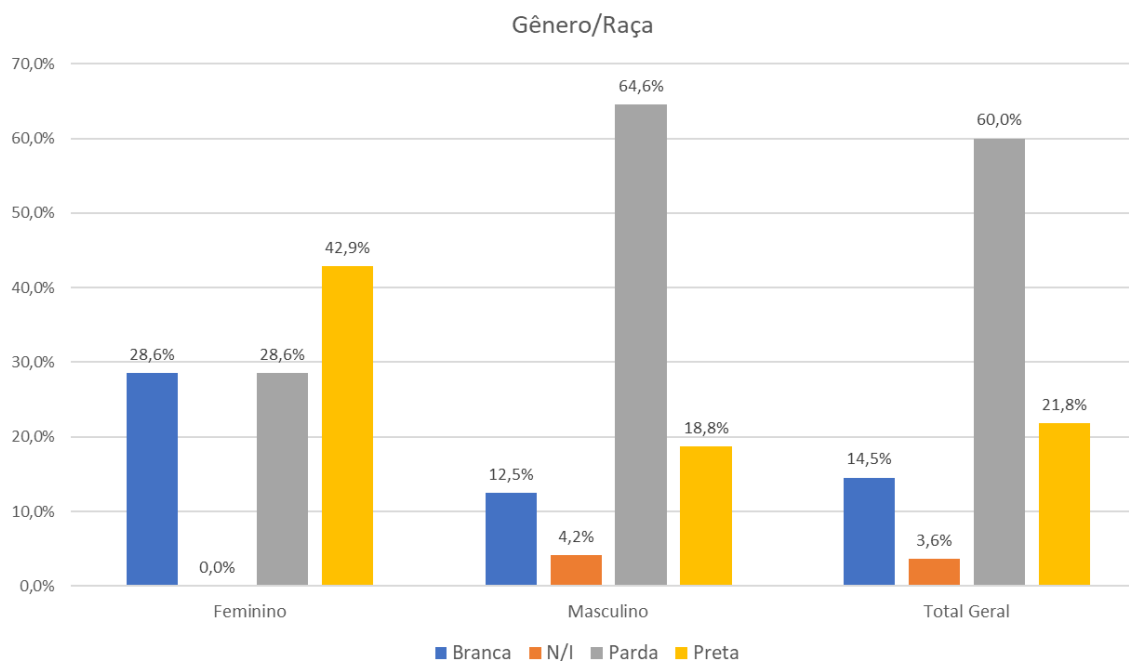
A partir da vigência da Portaria n. 002/2019 – TJPA/VEP-RMB até os cinco anos seguintes, foram desinternadas mais de 100 pessoas, as quais receberam medida de segurança de tratamento ambulatorial. Ainda assim, durante a fase de aplicação do formulário desta pesquisa no HGP (2023), foram identificadas 55 pessoas que seguem ali internadas, conforme se verá a seguir.

A totalidade dessas 55 pessoas é brasileira. Dessa população, 98,18% são oriundas do próprio estado, procedentes de 34 cidades diferentes, embora haja uma notável concentração de pessoas provenientes de Belém, totalizando 20%. Apenas um indivíduo é oriundo do estado do Maranhão.

Ao examinar as estatísticas de internações no HGP, observa-se disparidade significativa entre os sexos/gêneros dos pacientes. Há predominância consistente de pacientes do sexo masculino, com 48 homens, representando 87,27% do total das internações, e sete mulheres, que compõem 12,73% das internações.

Quando se considera o registro da identificação racial/étnica da população, a maioria é composta por pessoas pardas e pretas. A soma de pretos e pardos representa 81,82%, enquanto 14,55% são brancos. Vê-se, também, alta representação de mulheres pretas (42,9%). Além disso, uma parcela que não teve a raça/etnia identificada nos documentos corresponde a 3,64%.

Gráfico 1 – Gênero/raça dos internos do HGP – PA



Fonte: elaboração própria.

Nas faixas etárias dessa população, observa-se predominância de pessoas entre as idades de 30 a 49 anos (72,73%), enquanto 14,55% estão na faixa de 20 a 29 anos de idade, ao passo que 12,72% têm mais de 50 anos de idade.

Sobre o estado civil, há predominância de pessoas solteiras, representando 85,45% da população. Em relação aos outros estados civis pré-definidos no formulário, significativa minoria, correspondendo a 9,10% da população, está em união estável, casada ou amasiada, enquanto uma pequena parcela é composta por viúvos (1,82%), e em dois casos a situação conjugal não foi identificada. Quanto à quantidade de filhos(as) dos(as) internos(as), observa-se uma significativa ausência de filhos(as) (61,82%). Além disso, foi registrada alta taxa de informações não identificadas, com um percentual considerável de 10,91%.

A escolaridade das pessoas internadas indica que, no Pará, há predominância de pessoas com ensino fundamental incompleto, representando 52,73% dessa população (29 pessoas). A proporção de pessoas não alfabetizadas também é significativa, com 12,73% (sete pessoas). Já em relação aos níveis de conclusão do ensino, o estado apresenta 12,73% (sete pessoas) com ensino médio completo, 5,45% (três pessoas) com ensino fundamental completo e 5,45% (três pessoas) com ensino médio incompleto.

O baixo nível de escolarização formal tem impacto significativo nas ocupações laborais, especialmente quando se considera uma população jovem adulta. A ausência ou a baixa educação formal pode limitar as oportunidades de empregos formais e aumentar a vulnerabilidade ao desemprego e à precarização laboral. Nesse sentido, a quantificação das ocupações das pessoas internadas pode ser afetada pela falta de registro oficial nos documentos. Observou-se que 60% da população tinha registro de experiência laboral anterior nos prontuários, enquanto 23,64% não possuía tal registro; em 16,39% dos casos não foi possível identificar a informação.

As principais ocupações das pessoas internadas no HGP estão distribuídas entre os grupos 5, 6 e 7 nos 60% dos casos com registro de experiência laboral, sendo elas: i) agropecuários, florestais e da pesca (36,36%); ii) trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (30,30%); e iii) trabalhadores de bens e serviços industriais (9,09%). Apesar de serem identificados registros de trabalhos anteriores, a proporção registrada de internos(as) que recebiam renda ou salário antes da internação é relativamente baixa (14,55%). Na maior parte dos casos (54,55%), essa informação não foi identificada.

Com o objetivo de compreender quais são as redes de apoio, de referência e de suporte das pessoas internadas no ECTP, definiu-se conjunto de questões para abordar vínculos com familiares, amigos, vizinhos, curadores e profissionais da assistência social ou da saúde. Nesse aspecto, verificou-se que o maior vínculo é familiar (70,91%), entretanto, a ausência de referência familiar também é significativa (25,45%). Quanto à referência prévia de serviços de saúde ou assistenciais, destaca-se que 45,45% dos(as) internos(as) não a possuem ou esta não foi identificada (9,09%); nos casos em que há referência, o registro é, em sua maioria, de profissionais de saúde (36,36%). A presença de curador dativo tem as taxas mais baixas, com apenas 3,64%.

Acerca da existência de documentos de identificação pessoal, observou-se que 96,36% dos casos possuem documentos registrados nos prontuários. Há apenas duas pessoas que não possuem documentos de identificação pessoal. Já na análise daquelas que recebem benefício social durante a internação, nota-se que a maioria (49,09%) não recebe nenhum tipo de benefício e, em 25,45% dos casos, não foi possível identificar essa informação nos prontuários. Entre aquelas que recebem benefício social, 18,18% recebem BPC e apenas 1,82% recebe Bolsa Família. Ainda, 5,45% recebem outros tipos de benefícios. Ressalta-se a necessidade de políticas públicas que visem garantir o acesso a recursos econômicos e sociais, essenciais ao processo de desinstitucionalização do(a) paciente judiciário(a), a partir de uma abordagem que considere não apenas o tratamento médico, mas também as condições socioeconômicas dos(as) pacientes.

Em relação às condições de internação no HGP, das 55 pessoas internadas, 20 estudam na unidade (36,36%), 28 não estudam (50,91%) e, em sete casos, não foi possível identificar essa informação (12,73%), evidenciando que menos da metade das pessoas têm acesso a atividades de ensino. Tendo em conta que, como observado, 52,73% dessa população tem ensino fundamental incompleto e 12,73% sequer são alfabetizadas, nota-se baixa incorporação desse público nas atividades de formação educacional.

As taxas de adesão a atividades laborais na unidade são ainda menores. Apenas 14 pessoas trabalham na unidade (25,45%), 32 não trabalham (58,18%) e, em nove casos, não foi possível identificar essa informação (16,36%). Segundo a equipe da unidade, os trabalhos envolvem a manutenção, limpeza e conservação dos espaços, além da distribuição de alimentos aos demais internos(as), atividades que são remuneradas. Informam também a existência de uma horta onde aqueles(as) que possuem afinidade com o trabalho na terra plantam e colhem hortaliças, legumes, algumas frutas e plantas medicinais, atividades estas que são voluntárias. Não é concedida autorização para a saída dos(as) internos(as) da unidade para trabalhar, nem para estudar.

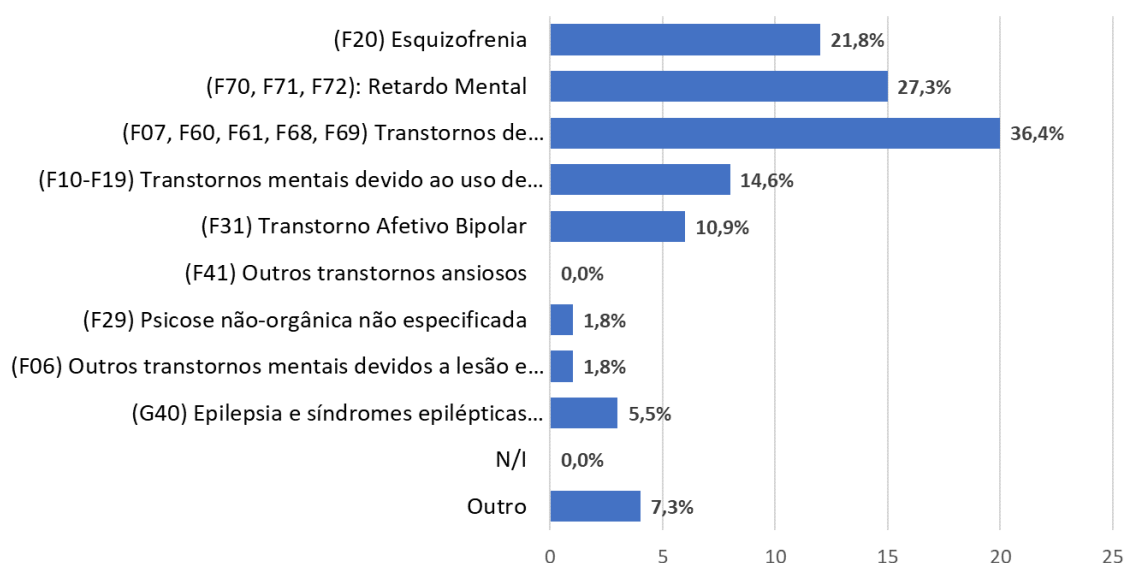
O número de pessoas que recebem visitas de familiares na unidade também é relativamente baixo. Dos(as) 55 internos(as), 17 recebem visitas regulares (30,91%) e 38 não recebem (69,09%). A baixa adesão de visitantes pode decorrer de alguns fatores, entre eles, a distância entre as cidades de origem e o Hospital de Custódia, em um estado de dimensões continentais. Como observado, quase 80% da população internada não residia na capital, maior centro urbano nas proximidades do HGP, mas advém de 34 cidades diferentes, espalhadas pelo extenso território do estado do Pará. Além da distância geográfica, é preciso levar em conta as condições econômicas necessárias para locomover-se até o Hospital de Custódia, localizado a 55 km da capital.

Nesse sentido, a centralização dessa população em uma única unidade, distante da maior parte dos territórios de origem dos(as) internos(as), mostra-se prejudicial às perspectivas terapêuticas de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários preconizadas pela Reforma Psiquiátrica. Segundo a equipe de assistência social, a unidade não permite a realização de visitas domiciliares e o contato com familiares distantes por telefone ou vídeo chamadas, que são atividades de retomada ou fortalecimento de vínculos com os familiares, o que agrava ainda mais as perspectivas de reinserção social.

1.1.2 Perfil de saúde mental

Nos prontuários das pessoas internadas no HGP, os CIDs mais identificados nos laudos de sanidade mental referem-se aos descritivos F07, F60, F61, F68 e F69, que compõem os transtornos específicos de personalidade (36,4%), e retardo mental (F70 e F71), com 27,3%. Os diagnósticos de esquizofrenia (F20) compõem 21,8% e, na sequência, vêm os transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras drogas (F10 – F19), identificados em 14,6% dos casos. Transtorno afetivo bipolar (F31) foi descrito em 10,9% dos casos.

Gráfico 2 – Diagnósticos dos internos do HGP – PA

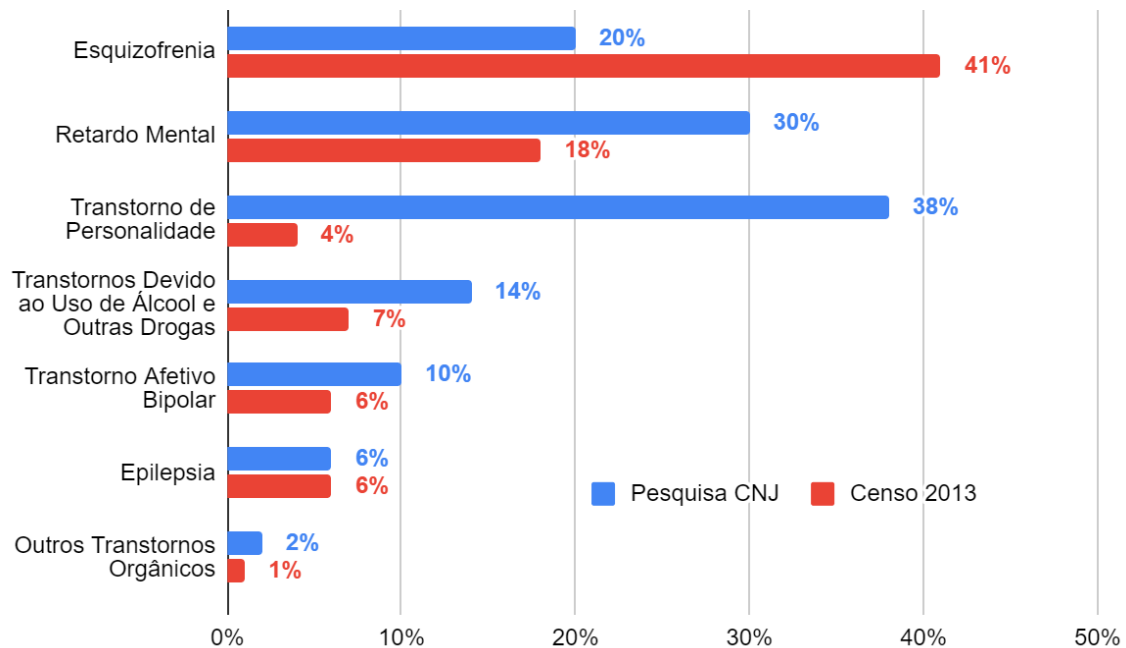


Fonte: elaboração própria.

Para fazer análise comparativa entre os índices observados em 2023 e aqueles apresentados pelo Censo de 2011, é preciso fazer um recorte analítico, já que o levantamento feito pelo Censo em relação aos diagnósticos psiquiátricos referia-se apenas aos sujeitos que tiveram medida de segurança determinada, excluindo os que se encontravam provisória ou temporariamente na instituição. Aplicando esse recorte aos dados coletados pela presente pesquisa, constata-se que 20% das pessoas que cumprem medida de segurança no HGP apresentam CID de esquizofrenia; 30% de retardo mental; 14% de transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas e 38% de transtornos de personalidade.

No Censo de 2011, o diagnóstico de esquizofrenia representava 41% dos casos, o de retardo mental, 18%; transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas, 7%; e transtornos de personalidade, 4%. Isso quer dizer que os diagnósticos de esquizofrenia caíram pela metade, deixando de compor a maioria dos diagnósticos entre pessoas que cumprem medida de segurança na unidade. Por outro lado, os diagnósticos de retardo mental e transtornos relacionados ao uso de drogas dobraram, e houve um aumento acentuado dos diagnósticos de transtornos de personalidade.

Gráfico 3 – Comparativo de diagnósticos dos internos dos HCTPs – PA no Censo de 2011 e em 2023



Fonte: elaboração própria.

A predominância de diagnósticos de transtornos de personalidade (38%) – classe de transtorno que a psiquiatria tradicional vincula mais estreitamente à periculosidade criminal (Mitjavila e Mathes, 2012) – chama a atenção.

Mitjavila e Mathes (2012) argumentam que a noção de “transtorno”, sobretudo “transtorno de personalidade antissocial”, não é tratada pela psiquiatria contemporânea como uma doença passível de tratamento, mas como uma “anomalia do temperamento e do caráter” (Serafim, 2003 *apud* Mitjavila e Mathes, 2012, p. 1385), isto é, um conjunto de características moralizantes que fundamentam a medicalização do crime e da periculosidade criminal. Essa tendência contemporânea parece se refletir nas avaliações periciais realizadas no Hospital Geral Penitenciário, que, a despeito dos esforços de desinstitucionalização, apresenta resistências quando o perfil avaliado é composto por sujeitos diagnosticados com “transtorno de personalidade antissocial”. Encapsulados por essa entidade nosológica, de caráter fundamentalmente moral, são destituídos de perspectivas de reinserção social, constituindo uma porcentagem significativa de pessoas que permanecem internadas, mesmo em unidades que, como o HGP, se encontram muito próximas de fechar suas portas.

Em relação à trajetória prévia por equipamentos de saúde, 70,91% da população do HGP tinha registro de passagem em serviços de saúde mental. Entre esses, em 60%, o registro referia-se ao CAPS e, em 30,91% dos casos, a Hospitais Psiquiátricos. Esses dados apontam para um fluxo significativo entre pessoas internadas no HGP, a Rede de Atenção Psicossocial e instituições psiquiátricas, sugerindo que, no Pará, essas instituições se sobrepõem e alcançam, em muitos casos, o mesmo público.

Com relação ao uso de álcool e outras drogas no período imediatamente anterior à internação, apenas em 16,36% dos prontuários havia esse registro, sendo álcool (10,91%), maconha (9,09%), cocaína (5,45%) e *crack* (3,64%) as principais substâncias citadas.

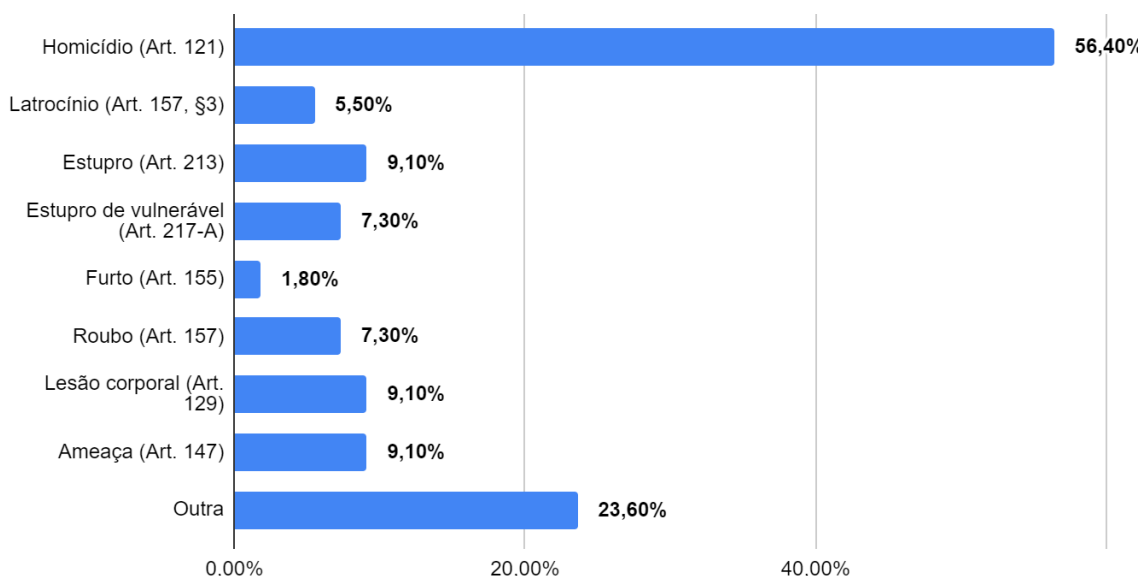
1.1.3 Situação jurídica

Referente à situação processual, 87,27% das pessoas estão em medida de segurança de internação, enquanto apenas 5,45% estão em condição de internação provisória, com laudo de sanidade mental, aguardando decisão judicial. Em 16,36% dos casos, a medida de segurança decorreu da conversão de pena.

Como mencionado anteriormente, os dados atuais contrastam significativamente com o cenário encontrado no Censo de 2011, quando 165 pessoas se encontravam internadas no HGP, sendo que mais de 68% das internações eram provisórias. Esse cenário contrasta ainda mais com os dados encontrados por Silva (2015) no levantamento realizado em dezembro de 2013, quando havia 231 pessoas privadas de liberdade no estabelecimento, sendo que 103 destas estavam na condição de prisão provisória. Já no levantamento realizado por Sousa (2023) em março de 2019, já passavam de 400 pessoas internadas em espaço preparado precariamente para abrigar apenas 80 pessoas. Assim, os dados encontrados nesta pesquisa podem indicar que, possivelmente, a atuação da VEP, principalmente após a publicação da Portaria n. 002/2019, e a atuação da EAP foram cruciais para modificar essa realidade ao longo dos últimos anos, chegando aos números atuais.

Em relação à infração penal (considerando o preenchimento que permite registrar mais de uma infração), os principais registros referem-se a: i) art. 121 – homicídio, com 31 casos (56,36%), dos quais sete foram tentativas de homicídio (12,73%); ii) art. 213 – estupro, com cinco casos (9,09%), sendo que quatro foram tentativas (7,27%); e art. 217-A – estupro de vulnerável, com quatro casos (7,27%); iii) art. 129 – lesão corporal, com cinco casos (9,09%), sendo um deles tentativa; iv) art. 157 – roubo, com quatro casos (7,27%), sendo um deles tentativa, v) art. 147 – ameaça, com cinco casos (9,09%). No que se refere a outras infrações penais, registraram-se casos de ameaça (art. 147) e outros delitos relacionados à Lei Maria da Penha (9,09%), além de dano – art. 163 (1,82%) e resistência – art. 329 (1,82%).

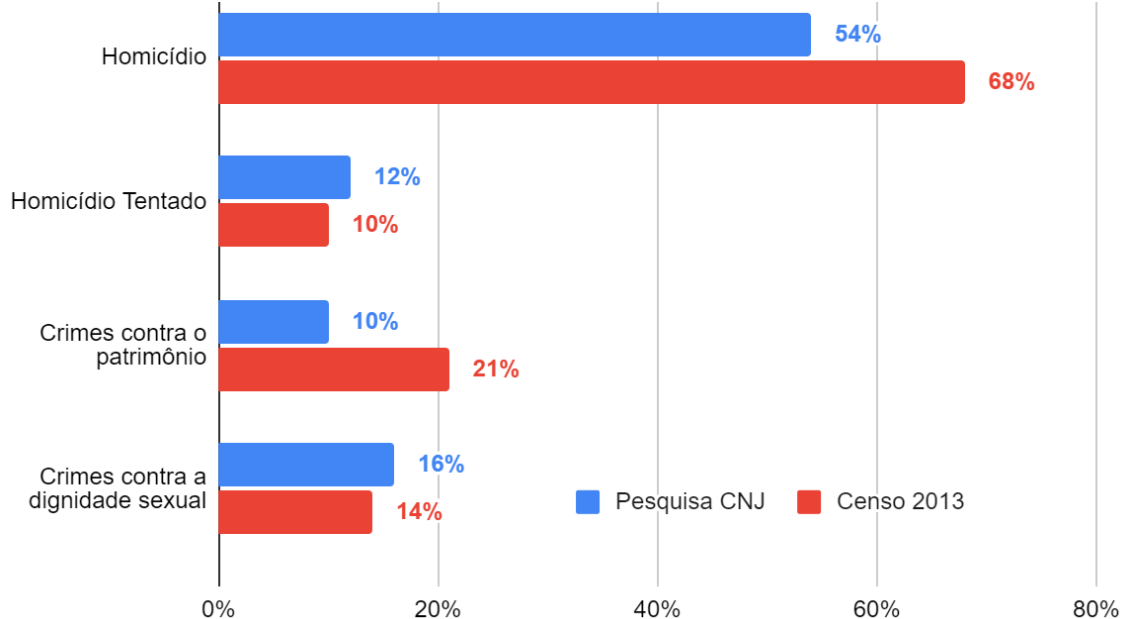
Gráfico 4 – Infrações penais dos internos do HGP – PA



Fonte: elaboração própria.

Assim como aconteceu em relação aos diagnósticos psiquiátricos, os dados sobre infrações penais apresentados pelo Censo de 2011 (Diniz, 2013) levaram em conta apenas as pessoas que efetivamente cumpriam medida de segurança, excluindo aquelas internadas provisória ou temporariamente. Aplicando esse recorte aos dados de 2023, constata-se que 54% das pessoas que cumprem medida de segurança no HGP foram acusadas de homicídio, sendo 12% destes casos tentativas de homicídio; 16% de crimes contra a dignidade sexual e 10% de crimes contra patrimônio. O Censo de 2011 também apontava para uma prevalência de crimes de homicídio (68%), sendo 10% deles tentados. Os crimes contra o patrimônio somavam 21% e os crimes contra a dignidade sexual, 14%. Nota-se, portanto, diminuição nas taxas de homicídio e de crimes contra o patrimônio, havendo leve aumento nos crimes contra a dignidade sexual.

Gráfico 5 – Comparativo de infrações dos internos dos HCTPs – PA no Censo 2011 e em 2023



Fonte: elaboração própria.

Em 43,64% das ocorrências registradas, a infração penal foi cometida contra um membro da família, enquanto em 7,27% dos casos foi direcionada ao cônjuge. Essa circunstância da infração penal impacta diretamente as relações familiares, tornando-se muitas vezes um obstáculo para o retorno do indivíduo ao convívio doméstico e social. Uma parcela considerável das infrações (54,55%) foi cometida contra pessoas que não fazem parte do círculo familiar.

Em uma parcela considerável de casos (80%), o prazo mínimo de internação estipulado na sentença corresponde ao intervalo de um a três anos, conforme estabelece o CP (art. 97, § 1.º). Houve registros de 34,55% com determinação de um ano, 32,73% com três anos e 12,73% com 2 anos. Vale ressaltar que duas pessoas (3,64%) receberam determinação de prazo mínimo de internação superior a três anos, e seis pessoas (10,91%) estão no estabelecimento com sentença de tempo indeterminado.

Com relação aos tempos de internação, das três pessoas internadas provisoriamente, sem decisão judicial, os tempos se distribuem em: uma entre um e três meses; uma entre 5 meses e um ano; e uma entre três e 5 anos. Após a indicação de cessação de periculosidade, 10 pessoas estão mantidas internadas até um ano ou mais, e após receber a decisão de desinternação, quatro pessoas são mantidas na instituição – duas delas há mais de quatro anos, e duas entre um e dois anos. Sobre o tempo decorrido entre a conclusão do EVCP e a decisão de desinternação, este foi identificado entre 5 meses e um ano. Para melhor visualização desses tempos, apresentam-se as seguintes tabelas:

Tabela 4 – Tempo de internação provisória sem decisão judicial – PA

Há quanto tempo a pessoa está provisoriamente internada, sem decisão judicial?	Frequência	%
De 1 a 3 meses	1	33,33%
De 5 meses a 1 ano	1	33,33%
De 3 a 5 anos	1	33,33%
Total geral	3	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 5 – Tempo de internação após indicação de cessação de periculosidade – PA

Há quanto tempo a pessoa é mantida internada após a indicação de cessação de periculosidade?	Frequência	%
Menos de 1 mês	2	20%
De 1 a 3 meses	2	20%
De 5 meses a 1 ano	2	20%
Mais de 1 ano	4	40%
Total geral	10	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 6 – Tempo de internação após decisão de desinternação – PA

Há quanto tempo a pessoa é mantida internada depois de receber uma decisão de desinternação?	Frequência	%
De 1 a 2 anos	2	50%
De 4 a 5 anos	1	25%
Mais de 5 anos	1	25%
Total geral	4	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 7 – Tempo de espera entre EVCP e decisão de desinternação – PA

Tempo de espera entre EVCP e decisão de desinternação (meses)	Frequência	%
De 5 meses a 1 ano	2	100%
Total geral	2	100%

Fonte: elaboração própria.

Pode-se dizer que metade das pessoas internadas (54,55%) está em situação de internação prolongada, acima de 6 anos, tendo inclusive uma pessoa acima de 16 anos na instituição. A outra metade (45,46%) se divide em duas situações: 21,82% está internada entre um e três anos, e 23,64% há menos de um ano, conforme se observa na tabela a seguir:

Tabela 8 – Tempo total de internação – PA

Há quanto tempo a pessoa está internada? (anos)	Frequência	%
Menos de 1 ano	13	23,64%
De 1 a 3 anos	12	21,82%
De 6 a 10 anos	23	41,82%
De 11 a 15 anos	6	10,91%
De 16 a 20 anos	1	1,82%
Total geral	55	100%

Fonte: elaboração própria.

Diversos fatores contribuem para a manutenção das internações prolongadas, como a fragilização ou ausência de vínculos familiares e a insuficiência da RAPS, que apresenta uma quantidade insignificante de vagas em SRT, embora, no Pará, o PRAÇAÍ tenha papel importante na realização de avaliações e na articulação com a RAPS para a desinstitucionalização de pessoas egressas do HGP. Contudo, a RAPS do estado continua a ser insuficiente e as prefeituras, de modo geral, mostram-se indispostas a suprir as necessidades da população, especialmente no que diz respeito à assistência adequada a esse grupo, devido ao estigma associado aos chamados “loucos infratores”, entre os variados serviços e agentes municipais¹².

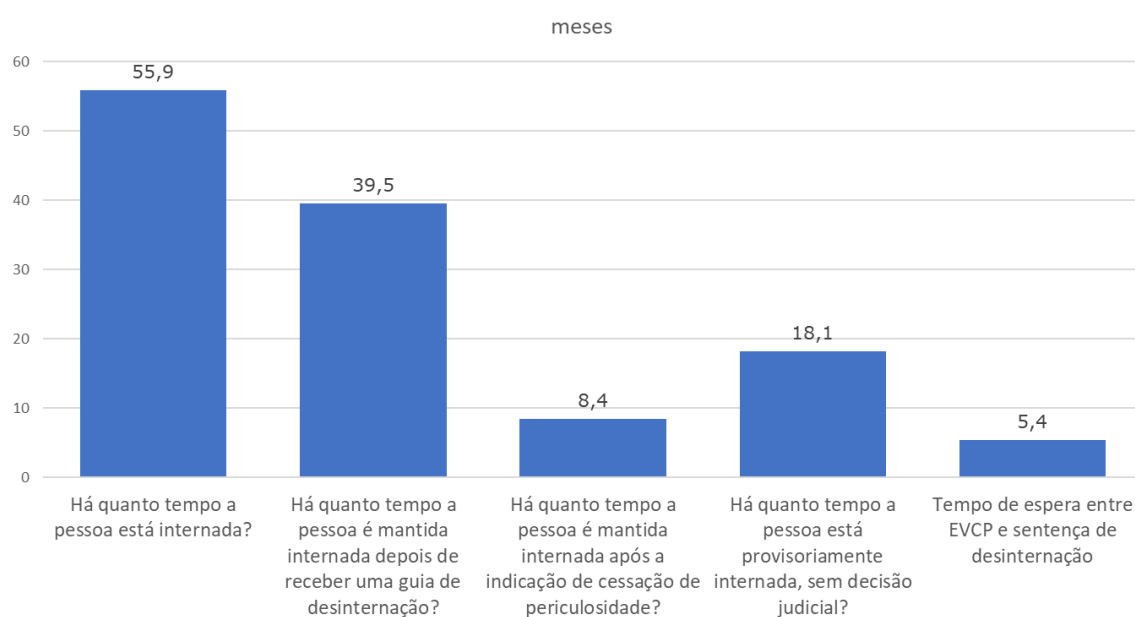
12. Segundo Sousa (2023), em fevereiro de 2016 foi criado, no Pará, um serviço chamado RTP (República Terapêutica de Passagem), destinado a fazer a transição entre o Hospital de Custódia e a rede estadual de saúde. No entanto, trata-se de espaço improvisado e insalubre, que não funciona de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para o SRT. Atualmente, essa unidade acolhe 10 moradores egressos do HGP. Importante destacar que não se trata de um serviço previsto na RAPS, mas opção criada temporariamente até que SRTs fossem pactuadas, mas está funcionando há quase 10 anos, ainda sem previsão de encerrar suas atividades por não existirem vagas nos SRTs pactuados no estado. Atualmente, dos 10 “moradores” da unidade, apenas um está desinternado condicionalmente; os outros nove já tiveram suas medidas de segurança extintas.

A RMB conta com uma RAPS mais estruturada do que nos municípios do interior, que contam apenas com os serviços da Atenção Básica. Na RMB ficam as três Residências Terapêuticas implementadas no estado, além dos seguintes serviços: CAPS III, CAPSi, CAPSad e uma UAA.

A equipe de profissionais do HGP relata que, entre as 55 pessoas atualmente internadas na unidade, a maioria permanece devido à ausência de opções de acolhimento e residência permanente em seu território de origem. Diante da falta de apoio familiar ou de disponibilidade de vagas em SRT, os profissionais enfrentam dificuldades para a desinstitucionalização dessas pessoas.

Elaborou-se graficamente uma comparação dos diferentes tempos no interior da instituição, a partir da média de meses aferida. Identificou-se que, em média, as pessoas ficam **18,1 meses internadas provisoriamente sem decisão judicial**; 8,4 meses internadas depois de ter recebido um laudo de cessação de periculosidade; 5,4 meses entre a conclusão do EVCP e a decisão de desinternação; e **39,5 meses internadas depois de receber uma decisão de desinternação**, revelando que a porta de saída é um problema importante no estado do Pará. Vale destacar também que, entre toda a população internada no HGP, nas mais diferentes situações processuais, **as pessoas ficam, em média, 55,9 meses na instituição**.

Gráfico 6 – Médias de tempo relacionadas à internação e desinternação (meses) – PA



Fonte: elaboração própria.

Os dados jurídicos podem ser mais bem qualificados a partir de outro conjunto de questões do formulário. Em particular, destaca-se o EVCP que, no Pará, é realizado pelo IML. Até 2019, o IML dispunha de apenas um perito psiquiatra forense na região metropolitana. Atualmente, conta com seis peritos que atuam nas maiores cidades do interior. Essa ampliação ajuda a explicar o alto índice de realização do EVCP, o qual foi realizado em 80% da população internada no HGP; 50% desses exames foram realizados apenas uma vez; 38,64% duas vezes e 11,36% por três vezes. Dos relatórios emitidos, em 72,73%

não houve indicação de cessação periculosidade, enquanto 27,27% indicaram parecer favorável à cessação de periculosidade.

Entre as situações favoráveis à desinternação/cessação de periculosidade, os principais motivos alegados são: cessação de periculosidade/risco de reincidência criminal (66,67%); avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva favorável (50%); e alegada capacidade de convívio em sociedade (33,33%). Entre outros motivos destacados (que não estavam descritos previamente no formulário), aparecem: dois casos de baixa periculosidade (50%), um de “doença mental sob controle” (25%) e um de “capacidade de responder ao processo criminal” (25%).

Os principais motivos alegados no EVCP para a não desinternação/cessação da periculosidade referem-se à periculosidade/risco de reincidência (87,5%), avaliação psiquiátrica/comportamental e cognitiva desfavorável (62,5%), diagnóstico de transtorno ou deficiência psicossocial (46,88%) e alegada incapacidade de convívio em sociedade (40,63%).

Entre os motivos adicionais elencados nos prontuários, destaca-se a frequente referência à impossibilidade de tratamento para a doença diagnosticada (66,66%). Esses são os casos em que o diagnóstico ou a hipótese diagnóstica está relacionada ao transtorno de personalidade.

Um dado relevante que deve ser destacado é que, em 87,27% dos casos, a instituição produziu avaliação diversa do EVCP. Nesse aspecto, vale destacar que, apesar das dificuldades estruturais, há uma característica importante dos(as) profissionais que atuam naquela instituição. Essa conclusão se deu mediante a observação de que a maioria dos relatórios que constavam nos dossiês eram documentos produzidos por integrantes desta equipe e se referem a diversos aspectos do acompanhamento das pessoas internadas. Neles foi possível identificar informações sobre as condições socioeconômicas, histórico de tratamento em saúde mental, referências familiares, relatórios de enfermagem sobre as condições de saúde em geral e dispensação de medicações, relatórios de terapeutas ocupacionais, psicólogos(as), assistentes sociais, entre outros(as) profissionais que fazem parte da equipe. Tais documentos foram imprescindíveis para responder boa parte dos instrumentos de coleta de dados.

Entre os(as) profissionais responsáveis por essas avaliações estão psicólogos(as) (95,83%), assistentes sociais (93,75%), terapeuta ocupacional (81,25%), equipe multidisciplinar (77,08%) e EAP (60,42%).

Entre os motivos alegados nessas avaliações para manutenção da internação destacam-se: periculosidade/risco de reincidência criminal (22,92%), avaliação psicossocial/psiquiátrica/comportamental/cognitiva desfavorável (14,58%) e diagnóstico de transtorno ou deficiência psicossocial (10,42%). Já entre os motivos alegados para a desinternação, destacam-se: capacidade de convívio em sociedade (56,25%); avaliação psicossocial/psiquiátrica/comportamental/cognitiva favorável (45,83%); existência de vínculo familiar (29,17%) e cessação de periculosidade/risco de reincidência (27,08%). Entre os outros motivos alegados, de significativa importância estatística (62,5%), a aplicação da lei antimanicomial (Lei n. 10.216/2001) ganha destaque (96,77%).

- A pesquisa também identificou a atuação da EAP em 94,55% dos casos. A metodologia de trabalho da EAP adotada no estado do Pará compreende os seguintes aspectos:
- provisão de suporte jurídico por meio da emissão de relatórios e pareceres enviados à autoridade judicial em várias etapas do processo;
- formulação do PTA, destinado a auxiliar o juiz na decisão sobre como a medida de segurança será implementada para pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, e que são consideradas semi-imputáveis ou inimputáveis;
- encaminhamento do(a) usuário(a) para tratamento na RAPS e/ou serviços disponíveis na Rede de Saúde da localidade, e acompanhamento do seu atendimento;
- prestação de acompanhamento social, estabelecendo comunicação contínua com a Rede de Assistência Social para assegurar e preservar os direitos das pessoas acompanhadas (Pará, s/d).

A decisão judicial para desinternação já foi proferida para quatro pessoas (7,27%) atualmente na instituição. Os principais motivos alegados para desinternação referem-se a: avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva favorável (100%), capacidade de convívio em sociedade (100%), acesso a vaga em SRT (50%) e cessação de periculosidade/risco de reincidência (25%). Igualmente, entre outros motivos ganha destaque a aplicação da lei antimanicomial. Destaca-se aqui a menção à Resolução CNJ n. 487/2023 em duas sentenças judiciais favoráveis à desinternação.

Ainda assim, é expressiva a quantidade de decisões judiciais para a não desinternação (40%). Entre os motivos alegados para a não desinternação, estão: periculosidade/risco de reincidência criminal (95,45%), alegada incapacidade de convívio em sociedade (86,36%) e avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva desfavorável (68,18%) – avaliações baseadas nos laudos periciais. Os dados sobre os motivos para a decisão/recomendação de desinternação ou manutenção da internação indicam que, no Pará, a noção de periculosidade se mostra mais presente nas decisões pela manutenção da internação, e menos frequente nas decisões de desinternação.

Em suma, forneceu-se visão geral do HGP, onde observou-se importante processo de desinternação em curso e a redução do número de pacientes. Durante a pesquisa, notou-se que as 55 pessoas internadas apresentavam perfil mais tradicional dentro dessas instituições: com medidas de segurança determinadas e envolvimento em infrações expressivas, como homicídio. É evidente que este perfil remanescente representa desafio maior para ser conduzido a tratamentos ambulatoriais, especialmente devido à frágil vinculação familiar e à alta rejeição social. Isso requer uma RAPS ativa e um esforço significativo por parte dos municípios para manter o tratamento. Nesse contexto, é importante destacar que há desafios tanto dentro como fora do HGP para reverter a situação atual.

1.2 Paraíba: penitenciária de psiquiatria forense

Tabela 9 – Dados gerais Penitenciária de Psiquiatria Forense – PB

DADOS GERAIS	
DATA DE INAUGURAÇÃO	16/08/1943
VÍNCULO INSTITUCIONAL	SEAP/PB
POPULAÇÃO INTERNADA	101 (TOTAL); 97 (M); 4 (F)
RAÇA/COR/ETNIA	64 (PP); 13 (B); 24 (N/I)
INTERNAÇÃO PROVISÓRIA OU SEM SENTENÇA	42
MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO	26
MEDIDA COM DECISÃO DE DESINTERNAÇÃO OU EXTINÇÃO	9
PRISÃO PROVISÓRIA EM ECTP	2
CUMPRIMENTO DE PENA EM ECTP	15
OUTRO	7

Fonte: elaboração própria.

1.2.1 Perfil sociodemográfico

Em outubro de 2023, o número de pessoas internadas na PPF da Paraíba era de 101 pessoas, aumento de cerca de 3% no número de internos(as), em relação ao Censo de 2011, que antes contava com 98 pessoas (Diniz, 2013). No que diz respeito à nacionalidade da população internada atualmente, a totalidade (100%) dos indivíduos era brasileira. Além disso, 100% dos(as) internados(as) residiam no estado antes da internação, originando-se de 46 cidades distintas, sem uma concentração significativa em cidades próximas à instituição.

A análise do sexo/gênero da população internada constatou predominância masculina consistente, com 96,04% dos internados do sexo masculino e 3,96% do sexo feminino. Um fato relevante na Paraíba é que, na PPF, não há leitos destinados às mulheres, que são, então, encaminhadas ao CPJM, hospital público estadual que possui leitos para internação de pessoas com transtornos mentais. Assim, na ala feminina do CPJM também são internadas todas as mulheres com transtornos mentais em conflito com a lei, oriundas de qualquer cidade do estado, seja para a realização do exame de sanidade mental, para o cumprimento da medida de segurança ou para tratamentos determinados judicialmente. Mesmo em número reduzido, como também se observa em outros estados, é crucial ressaltar que a intersecção entre loucura, crime e gênero contribui para reforçar estereótipos e ampliar as condições de vulnerabilidade associadas a cada uma dessas categorias (Magno, 2016).

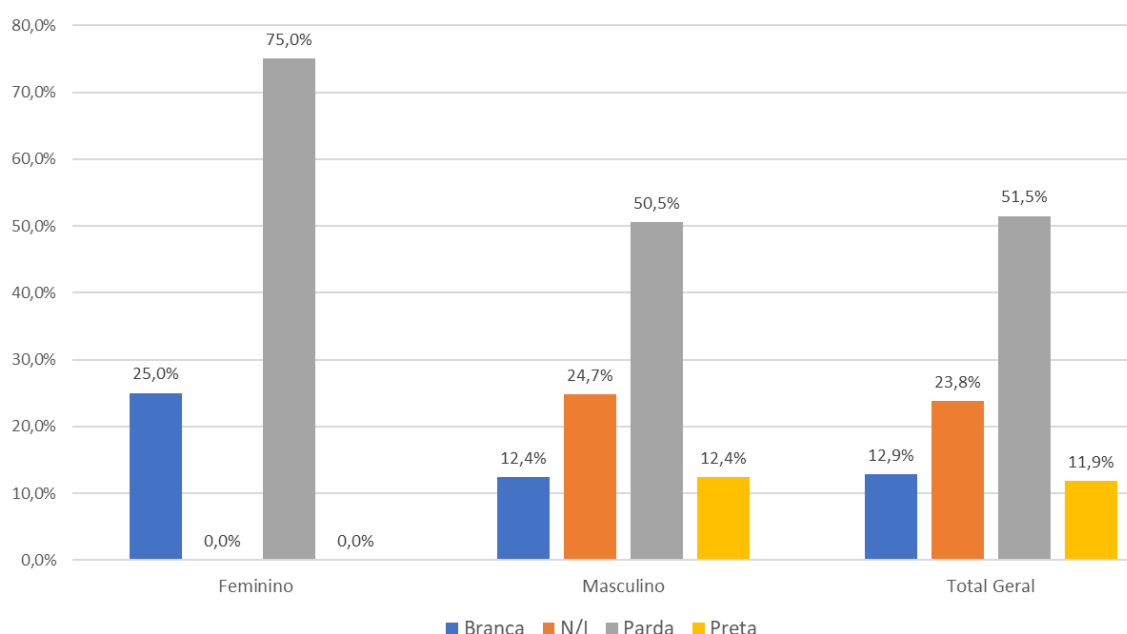
Além disso, a discussão ocorrida em 2019 sobre a internação dessas mulheres no CPJM foi fundamental para reacender o debate sobre a formulação de uma política estadual de atenção integral à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei na Paraíba. Tal discussão teve início após duas Secretarias do Governo do Estado decidirem reservar uma ala específica do CPJM exclusivamente para mulheres com transtorno mental em conflito com a lei. Essa ala ficaria sob responsabilidade da SEAP, com vigilância permanente por agentes penitenciários. Ao tomar conhecimento dessa decisão, o Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania da UFPB elaborou parecer jurídico

destacando a inconsistência e a ilegalidade da medida. Em novembro de 2018, esse parecer foi encaminhado ao Comitê e ao Mecanismo Estaduais de Prevenção e Combate à Tortura/PB, ao MP Federal na Paraíba e ao MNPCT, a fim de que fossem adotadas as providências necessárias para intervir nas ações em curso.

O parecer recebeu apoio das instituições envolvidas, notadamente o MEPCT/PB, que realizou inspeção na ala feminina do CPJM, e da Corregedoria Geral de Justiça da Paraíba, que produziu parecer endossando as recomendações do Mecanismo Estadual. Esse processo levou à reativação do Grupo Interinstitucional de Trabalho e Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental (GITIS), por meio do GMF/TJPB (Correia et al., 2023). Tal resultado também foi alcançado devido ao acordo firmado entre o Governo do Estado da Paraíba, o TJPB e o CNJ para a implementação do Programa Justiça Presente, visando ampliar diálogos e estabelecer diretrizes para a saúde mental no cárcere, com participação da referida Corregedoria e do GMF/TJPB.

Quando se considera o registro de identificação racial/étnica da população internada, a maioria dos(as) internados(as) era composta por pessoas pardas e pretas. A soma de pretos e pardos representa 63,37% da população internada, enquanto 12,87% são brancos. Há, ainda, parcela considerável (23,76%) de casos que não possuem essa informação, sugerindo tratar-se de registro ainda não automatizado na burocracia de estado, embora, desde os anos 1990, as administrações públicas sejam pressionadas a registrar e produzir dados estatísticos com clivagem racial (Milanezi, 2020).

Gráfico 7 – Gênero/Raça dos internos da PPF – PB
Gênero/Raça



Fonte: elaboração própria.

Em relação às faixas etárias da população internada, há distribuição relativamente equilibrada, com 21,78% entre 20 e 29 anos de idade, 32,67% entre 30 e 39 anos de idade, 20,79% entre 40 e 49 anos de idade, e 14,85% entre 50 e 59 anos de idade, evidenciando

maioria adulta; 6,93% possuem entre 60 e 69 anos de idade, 1,98% entre 18 e 19 anos de idade, e 0,99% têm mais de 70 anos de idade.

No que diz respeito ao estado civil das pessoas internadas no ECTP, a predominância é de pessoas solteiras. Na Paraíba, 68,32% dos(as) internos(as) são solteiros(as); casados(as) ou amasiados(as) representam 16,83% da população, seguidos por parcela menor de divorciados(as) (3,96%), viúvos(as) (1,98%) e situação conjugal não identificada (8,91%). Em relação à quantidade de filhos(as) dos(as) internos(as), observa-se tendência significativa de ausência de filhos (73,27%). Entre os que possuem filhos (26,73%), a maior prevalência é de um filho (11,88%), seguido por dois filhos (6,93%) e três filhos (5,94%).

A escolaridade das pessoas internadas indica que a maior porcentagem de pessoas não é alfabetizada, totalizando 34,65%, em comparação com as outras categorias; 27,72% das pessoas têm ensino fundamental incompleto e 8,91% são alfabetizadas. Os níveis de conclusão da educação básica são de 3,96%. Além disso, há pequena soma de pessoas com ensino superior completo ou incompleto (0,99%).

Acerca da presença de registro, nos prontuários, de experiência laboral prévia dos(as) internos(as), foi observado que 56,44% possuíam registro de experiência laboral, 27,72% não tinham experiência registrada, e em 15,84% dos casos não foi possível identificar. A partir dos registros da presença de experiência laboral, as ocupações dos indivíduos foram enquadradas nas grandes classificações da CBO.

As ocupações estão distribuídas entre os grupos 5, 6 e 7, em 56,44% dos casos em que essa informação pôde ser verificada. As principais ocupações identificadas estavam distribuídas entre: i) agropecuários, florestais e da pesca (36,84%); ii) trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (28,07%); iii) trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio (26,32%). Apesar de serem identificados registros de trabalhos anteriores, a proporção de internos(as) que recebiam renda ou salário antes da internação é relativamente baixa (6,93%), enquanto o número de não identificados é majoritário (84,16%).

Para compreender quais são as redes de apoio, de referência e de suporte das pessoas internadas nos ECTPs, definiu-se um conjunto de questões para abordar vínculos com familiares, amigos, vizinhos, curadores e profissionais da assistência social ou da saúde. Nesse aspecto, em relação ao vínculo familiar, o número de “não identificados” (37,62%) é superior à presença de vínculo (31,68%). A ausência de referência familiar também é significativa na Paraíba (30,69%).

Quanto à referência prévia de serviços de saúde ou assistenciais, para 41,58% dos(as) internos(as) não há referência e para 29,70% essa referência não foi identificada. A presença de curador dativo é baixa, apenas com 3,96%. É importante ressaltar que, na Paraíba, parcela considerável dos casos (16,83%) não teve o registro de curador identificado.

A grande maioria, representada por 90,1% da população analisada, possui documentos de identificação pessoal registrados nos prontuários. Por outro lado, destaca-se que, em 6,93% dos casos, não foi possível identificar se as pessoas possuem ou não documentos de identificação e que há parcela minoritária, composta por 2,97% da amostra, que não possui documentos de identificação civil.

Já em relação ao recebimento de benefício social na internação, há pouco registro nos prontuários. Entre os 33,66% identificados, apenas 12,87% recebem algum benefício social, destacando-se em 6,93% a Previdência Social e em 5,94% o BPC. Porém, vale ressaltar que a situação de “aposentadoria” não necessariamente constava com alguma comprovação documental, mas era assim registrada nos prontuários, ou seja, optou-se pela classificação dessa denominação (“aposentado; aposentadoria”) como Previdência Social, compreendendo a aposentadoria como benefício previdenciário. Ainda assim, deve-se assinalar que também é possível que, em alguns registros dessa natureza, tenha sido utilizado o termo aposentadoria para outra situação, como, por exemplo, para se referir ao recebimento de algum benefício da Assistência Social, como o BPC. No que se refere ao registro de recebimento do BPC no formulário, considerou-se a menção explícita a este benefício nos prontuários.

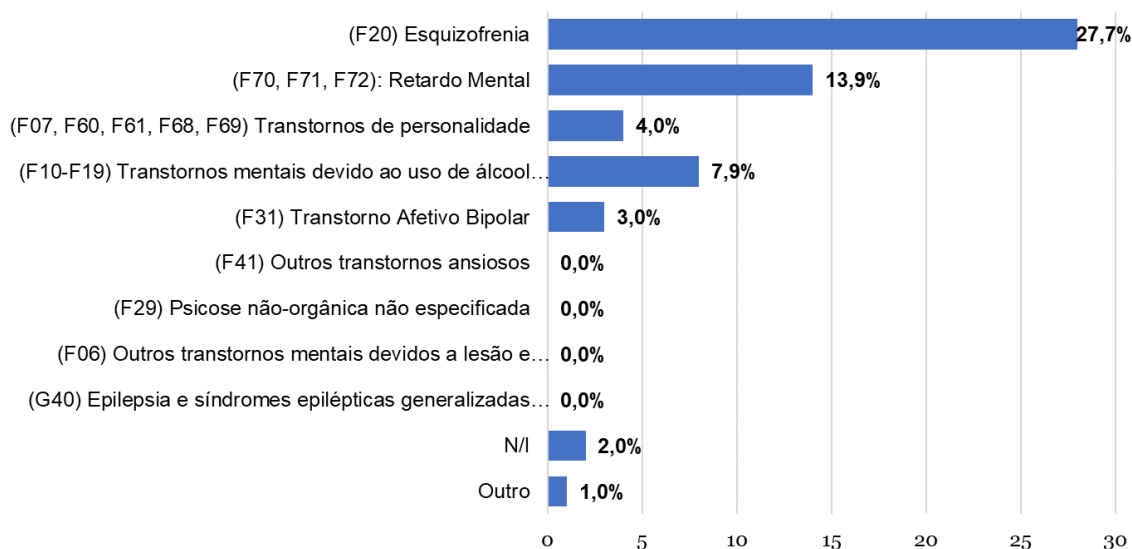
Em relação às condições de internação na PPF, no que diz respeito ao acesso a estudo e trabalho, poucos foram os prontuários que denotavam que a pessoa internada realizava alguma atividade de estudo, e não havia nenhum registro de atividade laboral. Foram encontrados registros de apenas cinco pessoas que estudam na unidade (4,95%) e de quatro que não estudam (3,96%), mas, na maior parte dos casos (91,09%), não foi possível identificar essa informação. Nesse sentido, por meio da análise dos dossiês, não foi observado, na PPF, nenhum indício de atividades educacionais ou laborais para os internos. Vale frisar que, ao encerrar o processo de coleta dos dados, foi identificado que as informações relacionadas ao estudo estavam disponíveis apenas nos registros específicos mantidos pela professora que atua na unidade, aos quais não foi possível ter acesso, devido à sua ausência durante os dias de coleta de dados e, embora tenham sido requisitados, não foram fornecidos em momento algum pela instituição.

O número de pessoas que recebem visitas de familiares na unidade também é baixo. Dos(as) 101 internos(as), 35 recebem visitas regulares (34,65%) e 66 não recebem (65,35%). As razões da baixa adesão de visitantes podem decorrer de alguns fatores, entre eles a distância entre as cidades de origem e o Hospital de Custódia. Como observado, embora 100% da população internada venha do estado da Paraíba, os municípios de residência são muito variados, originando-se de 46 cidades distintas, sem concentração significativa em cidades próximas à instituição. Além da distância geográfica, é preciso levar em conta as condições econômicas necessárias para deslocar-se até a capital. Nesse sentido, a centralização desse público em uma única unidade, distante da maior parte dos territórios de origem, mostra-se prejudicial às perspectivas terapêuticas de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários preconizadas pela Reforma Psiquiátrica.

1.2.2 Perfil de saúde mental

Nos prontuários analisados na PPF, o CID mais identificado nos laudos de sanidade mental refere-se ao descritivo F20 – esquizofrenia (27,7%). Os diferentes tipos de retardo mental moderado somam 13,9% dos casos, e os transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas (F10-F19) constam em 7,9% dos laudos.

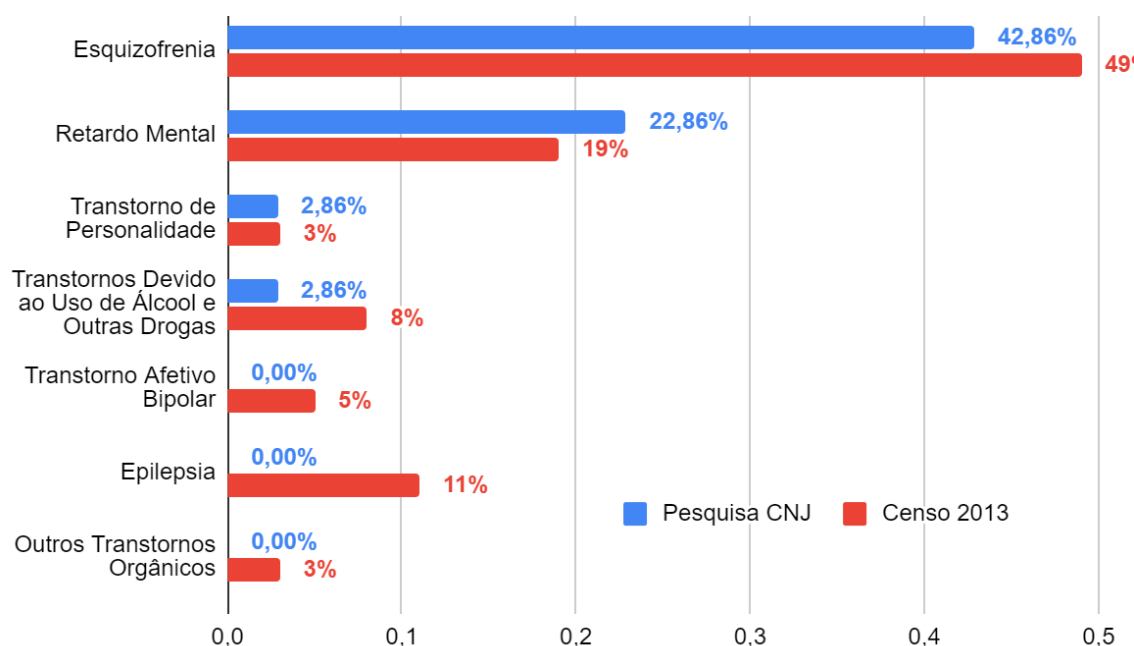
Gráfico 8 – Diagnósticos dos internos da PPF– PB



Fonte: elaboração própria.

Para análise comparativa entre os índices observados em 2023 e aqueles apresentados pelo Censo de 2011, é preciso fazer um recorte analítico, já que o levantamento do Censo em relação aos diagnósticos psiquiátricos referia-se apenas aos sujeitos que tiveram medida de segurança decretada, excluindo os que se encontravam provisória ou temporariamente na instituição. Aplicando esse recorte aos dados coletados pela presente pesquisa, observa-se que 42,86% das pessoas que cumprem medida de segurança apresentam CID de esquizofrenia, 22,86% de retardo mental, 2,86% de transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas e 2,86% de transtornos de personalidade. Nota-se, com isso, importante semelhança com os dados apresentados pelo Censo de 2011, quando o diagnóstico de esquizofrenia representava 49% dos casos e o de retardo mental, 19%. Há, por outro lado, uma diferença significativa com relação aos diagnósticos relacionados ao uso de drogas, uma vez que, entre a população que hoje cumpre medida de segurança na instituição, há apenas um registro desse CID (2,86% do total), enquanto, em 2011, esse diagnóstico somava 8% do total de pessoas que tinham medida de segurança decretada.

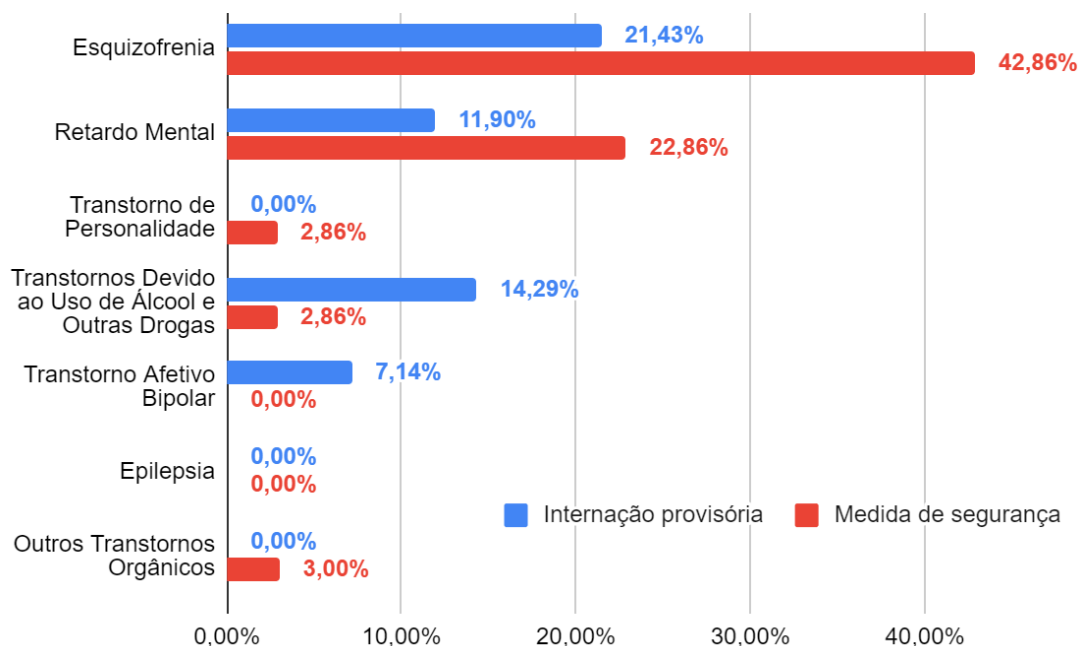
Gráfico 9 – Comparativo de diagnósticos dos HCTPs – PB no Censo 2011 e em 2023



Fonte: elaboração própria.

Considerando o total de pessoas internadas na PPF em 2023, o que inclui situações de internação provisória, percebe-se que há 12,9% de diagnósticos relacionados ao uso de drogas e, se consideradas apenas as pessoas internadas provisoriamente na unidade, 14,29% dos diagnósticos referem-se aos transtornos relacionados ao uso de drogas, o que aponta para uma predominância desse perfil diagnóstico entre a parcela provisoriamente internada. Por outro lado, entre os que efetivamente cumprem medida de segurança, há maior incidência de diagnósticos de esquizofrenia e retardo mental – o perfil “clássico” dos manicômios judiciais. Nesse sentido, os dados apontam que, na PPF da Paraíba, há maior concentração de diagnósticos relacionados ao uso de drogas entre a população internada provisoriamente, porcentagem que diminui significativamente entre aqueles que tiveram medida de segurança decretada, como é possível observar no gráfico a seguir:

Gráfico 10 – Comparativo entre CID da população internada provisoriamente e com medida de segurança determinada – Pesquisa CNJ 2024



Nos casos em que não foi encontrado o laudo de sanidade mental para identificar o diagnóstico, buscou-se o EVCP. Em metade dos EVCP analisados, não foi identificado o CID da doença. Em dois deles foi registrada esquizofrenia (F20) e, em um, transtornos específicos da personalidade (F60).

Nos casos em que não havia laudo de sanidade mental ou EVCP, o CID mais identificado (14,29%) foi relativo a transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F19). Tiveram a mesma identificação (9,52%): esquizofrenia (F20), outros transtornos ansiosos (F41), retardo mental leve (F70), retardo mental não especificado (F79), transtornos específicos da personalidade (F60) e transtornos mentais ou comportamentais devido ao uso de álcool.

Para 58,42% da população da PPF, não havia registro de passagem em serviços de saúde mental. Entre os 41,58% que tinham, em 88,1%, o registro referia-se ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, em 45,24%, aos Hospitais Psiquiátricos.

Com relação ao uso de álcool e outras drogas no período imediatamente anterior à internação, em apenas 3,96% dos prontuários havia esse registro e, quando houve (em quatro casos), todos (100%) indicaram a substância álcool, 25%, maconha, e 25%, cocaína.

1.2.3 Situação jurídica

No que se refere à situação processual, 41,58% das pessoas na PPF estão em condição de internação provisória, seja aguardando o laudo de sanidade mental (17,82%), ou já possuindo o laudo, mas aguardando decisão judicial definitiva (23,76%); 25,74% das pessoas internadas cumprem a medida de segurança de internação, 9,9% estão

em tratamento de saúde mental enquanto cumprem as suas penas de prisão e 8,91% já receberam decisão de desinternação, porém, permanecem internadas na instituição.

Quanto à reinternação, observam-se poucos casos que ocorreram devido a uma nova infração penal (0,99%) ou ao descumprimento das condições estabelecidas na decisão de desinternação (2,97%). Apenas nove pessoas (8,91%) foram identificadas em casos de medida de segurança de internação resultante da conversão de pena.

Entre as pessoas internadas provisoriamente, chamaram a atenção alguns casos encaminhados por diretores(as) de outras unidades prisionais no estado que se referiam à necessidade de atendimento na PPF (nem sempre com a solicitação explícita da realização de laudo de sanidade mental e sua motivação), porém não se relaciona tal encaminhamento com alguma suspeita de inimputabilidade. Esses casos dão indícios de que os(as) gestores(as) podem estar utilizando a PPF como um meio de lidar com conflitos envolvendo os(as) internos(as) nessas unidades prisionais, o que aponta para a falta ou insuficiência de mecanismos para resolver tais conflitos, incluindo atendimento psicossocial.

Observa-se, assim, que a PPF tem servido, majoritariamente, para a internação provisória, o que denota a centralidade desse HCTP para o acolhimento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei no estado da Paraíba. Portanto, é crucial estabelecer fluxos desde o ingresso no sistema de justiça criminal, como é o caso das audiências de custódia, para o encaminhamento adequado à RAPS, conforme estipulado na Resolução CNJ n. 487/2023. Com a recente interdição parcial da PPF na Paraíba, que ocorreu por meio do Ato Conjunto CGJ-GMF-PB n. 01/2024 (Paraíba, 2024), publicado em 28 de fevereiro de 2024, espera-se a implementação do novo fluxo por ele estabelecido.

Em que pese a adesão do governo do estado à PNAISP, que prevê a implementação de equipes e serviços de saúde credenciados pelo Ministério da Saúde, sob a responsabilidade da gestão estadual ou municipal, para garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade nas unidades prisionais ao cuidado integral no SUS, até dezembro de 2023, apenas 15 dessas unidades (do total de 66 no estado) contavam com eAPP, conforme as normas da PNAISP (Brasil, 2014a), distribuídas em nove municípios¹³ (sendo nove equipes sob a gestão estadual e seis sob a gestão municipal), o que corresponde a uma cobertura de 19,69% (Paraíba, 2023).

Essa baixa adesão pode acarretar a ausência de atenção em saúde mental às pessoas privadas de liberdade na maior parte das unidades prisionais do estado e, consequentemente, maior encaminhamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei à PPF. Daí também observar-se que quase 10% das pessoas internadas provisoriamente são oriundas de unidades prisionais onde estavam cumprindo pena para realizar tratamento na PPF, o que contraria as disposições da PNAISP e, especialmente, da Lei n. 10.216/2001 (art. 4.º, § 3.º), que veda expressamente a internação em instituições com características asilares, como é o caso da PPF.

13. Desses municípios, João Pessoa, capital do estado, que sedia a PPF/PB, não realizou a adesão à PNAISP, embora as unidades prisionais aí localizadas tenham equipes implantadas sob a gestão do governo do estado, inclusive a própria PPF (Paraíba, 2023).

Somado a isso, a EAP foi criada no estado apenas em dezembro de 2023, dando seguimento às tratativas para a implantação do PROA-PB,¹⁴ que visa integrar os procedimentos dos juízos de conhecimento e execução penal às ações de atenção biopsíquico-social, priorizando o atendimento em meio aberto (Paraíba et al., 2023).

Sem a contratação e formação das profissionais que constituem a referida EAP no período dos dados coletados na PPF (outubro/2023), ficou evidente a falta de articulação entre o sistema de justiça criminal, a RAPS e o SUAS no acompanhamento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, o que reforça a necessidade de sua atuação.

Além disso, todos esses casos de internação provisória não guardam relação com a internação provisória prevista como medida cautelar no CPP, no seu art. 319, inc. VII, uma vez que, de acordo com este dispositivo, tal internação pode ser determinada nas “hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem ser inimputável ou semi-imputável e houver risco de reiteração” (Brasil, 1941). Não foi o que se observou nos dados coletados, o que faz com que tais internações não estejam de acordo com a legislação vigente. Por outro lado, do ponto de vista jurídico, não é possível indicar medida de internação involuntária, mesmo que provisória, sem a devida justificativa médica (Brasil, 2001). Isso significaria conduzir tratamento dentro do âmbito do Poder Judiciário ou da segurança pública, à revelia da participação e supervisão adequadas dos serviços de saúde.

Acrescido a isso, é relevante constatar que quase 25% dos casos de internação provisória são de pessoas que já foram submetidas a exame/avaliação para produção de laudo e permanecem internadas na PPF aguardando a decisão judicial. Essa prática desrespeita a Portaria n. 001/2012 da Vara da Execução Penal da Comarca de João Pessoa, que regulamenta a entrada e saída de pacientes na PPF, a qual estabelece que, no caso de um(a) paciente provisório(a), com o processo ainda em andamento, a sua permanência na PPF por um período além do estabelecido para a elaboração do laudo respectivo dependerá de uma decisão judicial nesse sentido (Paraíba, 2012). Além disso, orienta que:

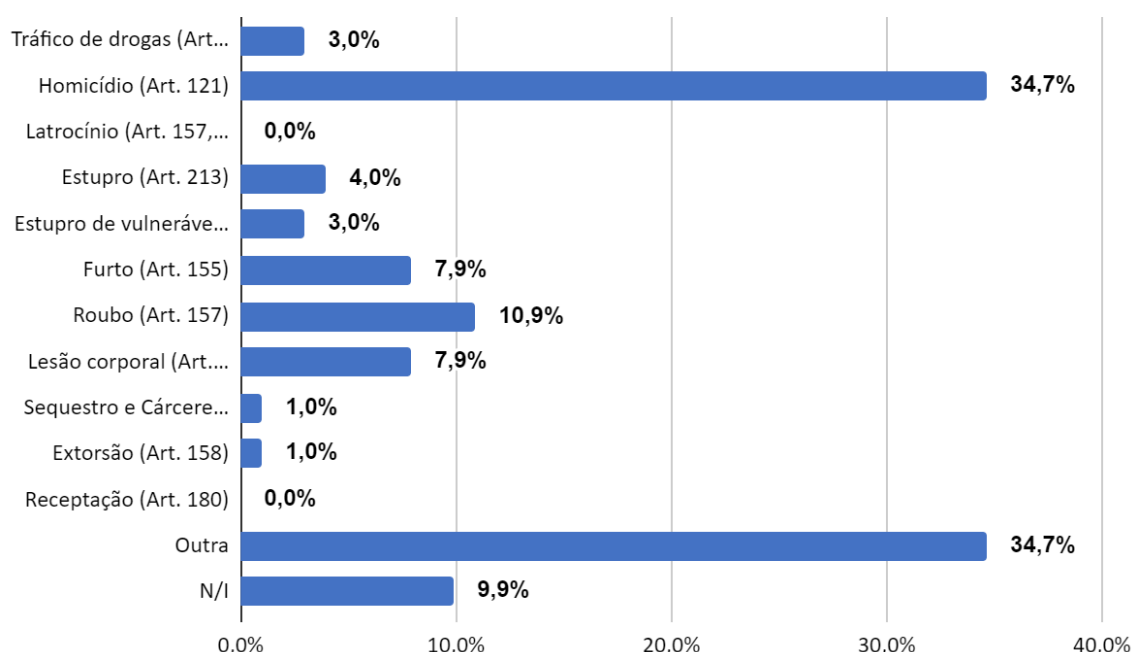
[...] decorrido o prazo estabelecido para o exame determinado e o de elaboração do laudo respectivo, ou decorrido o prazo do tratamento estabelecido, sendo o mencionado laudo conclusivo pela plena capacidade do paciente provisório ou sentenciado, inexistindo ordem judicial de prorrogação de permanência do mesmo no referido hospital psiquiátrico, deve ele de imediato retornar à Penitenciária de origem, com a comunicação ao Juízo respectivo. (Paraíba, 2012)

Em relação à infração penal (considerando que o preenchimento permite registrar mais de uma infração), os principais registros referem-se a: i) art. 121 – homicídio, com 35 casos (34,7%), 15 deles na forma tentada (14,85%); ii) art. 155 e art. 157 – furto e roubo, respectivamente, oito (7,92%) e 11 (10,89%) casos; e iii) art. 129 – lesão corporal, oito casos (7,92%). Entre outras infrações registradas, não previstas inicialmente pelo formulário, destacam-se: art. 147 – ameaça (15,56%), art. 163 – dano (11,37%) e porte ilegal de uso de arma de fogo permitido (9,09%).

14. Disponível em: <https://www.tjpb.jus.br/noticia/tjpb-e-pioneiro-em-programa-de-atencao-a-pessoa-com-transtorno-mental-em-conflito-com-a-lei> e <https://www.tjpb.jus.br/noticia/acoes-avancam-para-implementacao-da-politica-antimanicomial-e-profissionais-da-eap-atuarao>. Acesso em: 29 jan. 2024.

Observa-se que, apesar de identificar 34 tipos de infrações penais entre a população internada na PPF, predominou o crime de homicídio (20 casos consumados e 15 casos de tentativa) com 34,7%, seguido de crimes contra o patrimônio com 18,81%.

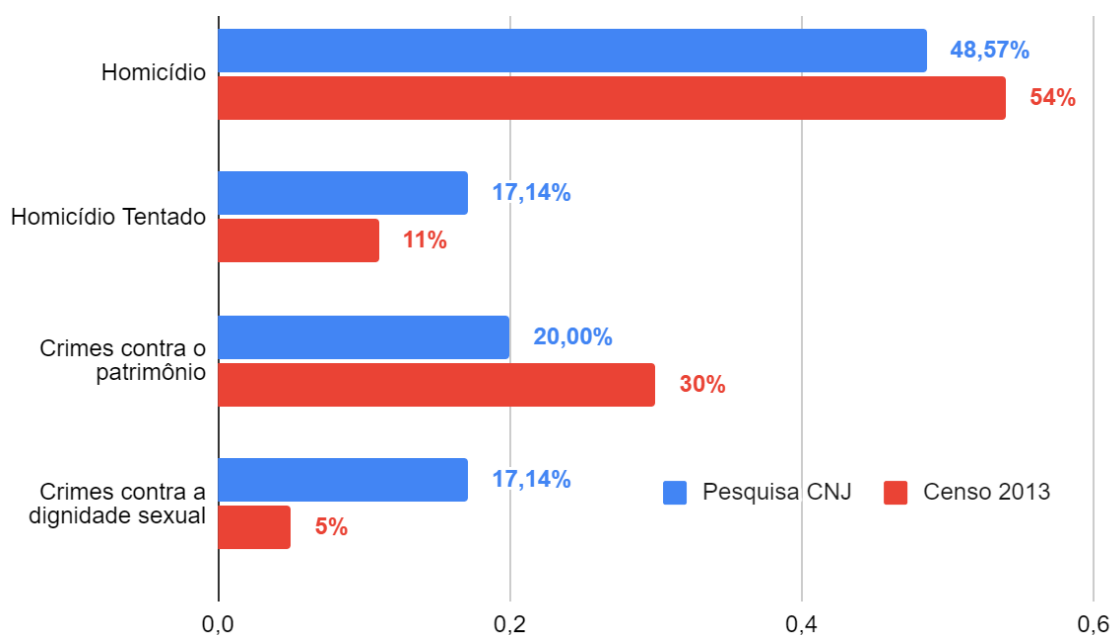
Gráfico 11 – Infrações penais dos internos da PPF – PB



Fonte: elaboração própria.

Assim como aconteceu em relação aos diagnósticos psiquiátricos, os dados sobre infrações penais apresentados pelo Censo de 2011 (Diniz, 2013) levaram em conta apenas as pessoas que efetivamente cumpriam medida de segurança, excluindo aquelas internadas provisória ou temporariamente. Aplicando esse recorte aos dados de 2023, observa-se que 48,57% das pessoas que cumprem medida de segurança foram acusadas de homicídio, sendo 17,14% desses casos tentativas de homicídio; 20% de crimes contra patrimônio e 17,14% de crimes contra a dignidade sexual. O Censo de 2011 também apontava para uma prevalência de crimes de homicídio (54%), sendo 11% deles tentados. Os crimes contra o patrimônio, por sua vez, somavam 30% do total e os crimes contra a dignidade sexual, 5%. Nota-se, portanto, singela redução nas taxas de homicídio e aumento nos crimes contra a dignidade sexual, havendo redução de crimes contra o patrimônio.

Gráfico 12 – Comparativo de infrações da PPF – PB no Censo 2011 e em 2023



Fonte: elaboração própria.

Aspecto que merece destaque diz respeito aos casos em que a infração penal está vinculada à Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340/2006). Tal situação foi identificada em seis casos (5,94%), sendo que dois deles se referem ao crime de descumprimento de medidas protetivas de urgência. Para este delito, a lei em questão prevê uma pena de detenção de três meses a dois anos. E conforme estabelece o art. 97 do CP, nos crimes puníveis com detenção, o(a) juiz(a) pode optar por submeter a pessoa a tratamento ambulatorial. Daí a importância de saber qual a justificativa legal para a internação dessas pessoas na PPF.

Outro dado que chama a atenção é que, em 10 casos, não foi possível identificar a infração penal cometida. Trata-se de casos em que no prontuário da pessoa internada constava apenas o ofício do seu encaminhamento à PPF, sem qualquer informação sobre o delito cometido que ensejaria a realização de laudo de sanidade mental ou eventual tratamento na unidade.

Da população internada na PPF, em 27,72% dos casos a infração penal foi cometida contra um membro da família e em 3,96% contra o cônjuge. Significa dizer que a grande parte das infrações (55,45%) foi cometida contra pessoas que não são da rede familiar. Com relação aos dados do Censo de 2011 (Diniz, 2013), observa-se que naquele período havia uma predominância de infrações cometidas no seio familiar (35%).

Na Paraíba, entre as 42,57% pessoas sentenciadas internadas na PPF, 20,79% têm prazo mínimo de internação determinado de um ano; 10,89% de três anos e 2,97% de dois anos, ou seja, 34,65% se incluem na previsão legal do Código Penal (art. 97, § 1.º), no sentido de identificar o prazo mínimo de um a três anos para aplicação da medida de segurança. Acrescente-se que três pessoas estão no local com sentença de tempo indeterminado, ou seja, sem identificar o prazo mínimo legal.

Mais da metade da população internada está na PPF há menos de um ano (59,41%), o que se explica em razão da maior parte ali internada estar na condição de internação provisória, conforme observado acima; 25,74% dessa população está internada em um período entre um e três anos e 12,87% estão internadas entre seis e dez anos. Uma pessoa está na unidade entre 11 e 15 anos e uma pessoa há mais de 26 anos, configurando, assim, dois casos de longa internação.

Das pessoas internadas provisoriamente que já realizaram o exame de sanidade mental, sem sentença judicial, os tempos se distribuem entre um e três meses (4,17%), três a cinco meses (29,17%), cinco meses a um ano (29,17%) e entre um e três anos (29,17%), e, ainda, há duas pessoas internadas há mais de três anos sem qualquer decisão judicial relativa à acusação penal. Significa que 1/3 dos casos de internação provisória com laudo de sanidade mental concluído aguardam decisão judicial há mais de um ano.

Após a indicação de cessação de periculosidade, que deveria incidir na decisão judicial de desinternação e na consequente saída da pessoa da unidade, uma pessoa permanece mantida na PPF há um ano; três pessoas entre um e três meses; e duas pessoas há menos de um mês, aguardando a decisão judicial. Sobre o tempo decorrido entre a conclusão do EVCP e a decisão de desinternação, foi identificado um caso com menos de um mês, três casos de um a três meses, um caso de cinco meses a um ano e três casos com mais de um ano.

Já com a decisão judicial de desinternação, nove pessoas seguem mantidas na instituição: quatro delas há mais de quatro anos; quatro entre dois e quatro anos; e uma abaixo de dois anos.

Tabela 10 – Tempo total de internação – PB

Há quanto tempo a pessoa está internada? (anos)	Frequência	%
De 1 a 3 anos	26	25,74%
De 11 a 15 anos	1	0,99%
De 26 a 30 anos	1	0,99%
De 6 a 10 anos	13	12,87%
Menos de 1 ano	60	59,41%
Total geral	101	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 11 – Tempo de internação provisória sem decisão judicial – PB

Há quanto tempo a pessoa está provisoriamente internada, sem decisão judicial? (anos)	Frequência	%
De 1 a 3 anos	7	29,17%
De 1 a 3 meses	1	4,17%
De 3 a 5 anos	1	4,17%
De 3 a 5 meses	7	29,17%
De 5 meses a 1 ano	7	29,17%
Mais de 5 anos	1	4,17%
Total geral	24	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 12 – Tempo de internação após indicação de cessação de periculosidade – PB

Há quanto tempo a pessoa é mantida internada após a indicação de cessação de periculosidade? (meses)	Frequência	%
De 1 a 3 meses	3	50%
Mais de 1 ano	1	16,67%
Menos de 1 mês	2	33,33%
Total geral	6	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 13 – Tempo de internação após decisão de desinternação – PB

Há quanto tempo a pessoa é mantida internada depois de receber uma decisão de desinternação? (anos)	Frequência	%
De 1 a 2 anos	1	10%
De 2 a 3 anos	2	20%
De 3 a 4 anos	2	20%
De 3 a 6 meses	1	10%
De 4 a 5 anos	2	20%
Mais de 5 anos	2	20%
Total geral	10	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 14 – Tempo de espera entre EVCP e decisão de desinternação – PB

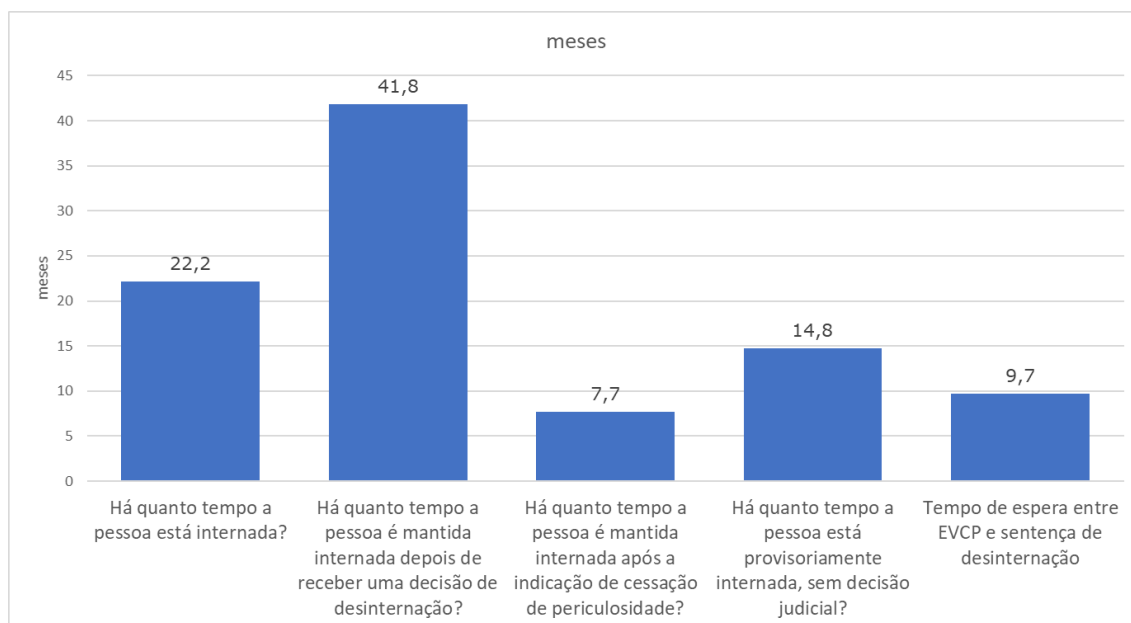
Tempo de espera entre EVCP e decisão de desinternação (meses)	Frequência	%
Menos de 1 mês	1	12,5%
De 1 a 3 meses	3	37,5%
De 5 meses a 1 ano	1	12,5%
Mais de 1 ano	3	37,5%
Total geral	8	100%

Fonte: elaboração própria.

Por fim, elaborou-se graficamente comparação dos diferentes tempos no interior da unidade, a partir da média de meses aferida. Buscou-se, com essa avaliação, perceber o tempo médio que pessoas permanecem internadas na instituição com uma situação jurídica indefinida, como é o caso das pessoas que estão provisoriamente internadas sem decisão judicial que defina o cumprimento ou não da medida de segurança; de pessoas que já tiveram laudo atestando a cessação de periculosidade, mas continuam internadas, sem decisão judicial determinando a sua desinternação; e de pessoas que já receberam uma decisão de desinternação definitiva mas, por algum motivo, permanecem internadas.

Assim, identificou-se que, em média, as pessoas ficam **14,8 meses internadas provisoriamente sem decisão judicial**; 7,7 meses internadas depois de ter recebido um laudo de cessação de periculosidade; e **41,8 meses internadas depois de receber uma decisão de desinternação**. Importante destacar que, entre toda a população internada, nas mais diferentes situações processuais, as pessoas ficam, em média, 22,2 meses na instituição.

Gráfico 13 – Médias de tempo relacionadas à internação e desinternação (meses) – PB



Fonte: elaboração própria.

Com relação ao EVCP, este ainda é realizado na PPF pelos peritos psiquiatras que trabalham na instituição. Nos 21 casos (20,79%) em que foi identificada a realização do EVCP, em 71,43%, houve indicação de cessação de periculosidade. 90,48% desses exames foram realizados apenas uma vez, 4,76% três vezes e 4,76% por quatro vezes.

Os principais motivos alegados no EVCP para a desinternação/cessação da periculosidade referem-se à cessação de periculosidade e/ou do risco de reincidência (93,33%), avaliação psiquiátrica/comportamental e cognitiva favorável (86,67%) e capacidade de convívio em sociedade (66,67%). Apenas em 13,33% dos casos foi alegada a existência de vínculo familiar.

Com relação aos motivos alegados nos exames desfavoráveis à desinternação, com alguma variação de incidência constataram-se: 83,33%, avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva desfavorável; 66,67% periculosidade/risco de reincidência criminal; 66,67% alegada incapacidade de convívio em sociedade. Há apenas um registro (16,67%) em que foi alegada a ausência de vínculo familiar.

É importante notar que mesmo que a ausência de vínculo familiar não seja motivo predominante no EVCP e não apareça como argumento impeditivo da desinternação nas decisões judiciais da VEP (como se verá a seguir), trata-se de argumento mobilizado por profissionais da unidade para explicar a manutenção das pessoas internadas que já possuem decisão judicial favorável à desinternação.

Um dado relevante identificado em todos os casos levantados na PPF é que a instituição não produz nenhuma avaliação diversa do EVCP, nos casos em que tal exame já foi feito e até a determinação judicial da desinternação. Apesar de contar com profissionais da psicologia e do serviço social em sua equipe, não foram encontradas, nos prontuários, avaliações elaboradas por esses profissionais que abordassem outros

aspectos além dos considerados pelo EVCP, como é comum em experiências de outros estados – *vide* o Pará.

De acordo com as informações consolidadas pelo Núcleo de Assistência à Saúde Prisional da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, em relatório de dezembro de 2023, a PPF tem cadastrada uma equipe de profissionais de saúde, denominada eAPP, a partir da PNAISP, sob gestão estadual, que conta com “quatro médicos com especialidade em psiquiatria, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, duas psicólogas e uma assistente social” (Paraíba, 2023). Na rotina desses(as) profissionais, registrada nos prontuários, não se observou a produção de avaliações psicossociais ou relatórios de acompanhamento psicossocial. Em alguns poucos prontuários, o que se observou foi apenas um relatório social com teor informativo sobre determinadas situações, mas que não consistia em avaliação para subsidiar decisões judiciais.

Este dado torna-se ainda mais relevante devido ao contexto significativo em curso na Paraíba, relacionado à desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Esse cenário foi estabelecido após a aprovação, em 2021, da Política Estadual de Atenção Integral às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (Paraíba, 2021), e a subsequente implantação do PROA-PB, cujo Termo de Cooperação Técnica foi assinado em abril de 2023. O Grupo Gestor previsto neste Termo foi constituído e tem realizado reuniões periódicas desde julho de 2023, com o objetivo de estabelecer um fluxo adequado de atendimento e acompanhamento para essas pessoas, com a finalidade de encerrar a porta de entrada da PPF,¹⁵ em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Resolução CNJ n. 487/2023.

Outro dado importante é a ausência de registros referentes à atuação de EAP na PPF.¹⁶

Assim, embora haja um alinhamento formal da unidade com as diretrizes da Resolução CNJ n. 487/2023, visando ao fechamento da porta de entrada e expansão da porta de saída, chama atenção a inexistência de outras avaliações de acompanhamento da medida de segurança que extrapolem o EVCP, sobretudo aquelas que não se pautam na noção de periculosidade, como é comumente feito pelas EAPs, e o fato de que, como informado acima, mais da metade das pessoas internadas na PPF está lá há menos de um ano (59,41%), o que demonstra fluxo importante na porta de entrada da unidade.

A porta de saída, por sua vez, mostra baixa percentagem de decisões judiciais para desinternação, tendo sido proferidas para apenas nove (8,91%) pessoas internadas na instituição, considerando o número total de 26 (25,74%) pessoas internadas em cumprimento de medida de segurança. Importa observar que a população que efetivamente cumpre medida de segurança constitui quase 10% da população internada na PPF e que ali permanece no aguardo da sua efetiva desinternação.

Os principais motivos alegados na decisão de desinternação são os mesmos destacados nos EVCPs: 80% cessação de periculosidade ou risco de reincidência; 40% avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva e 30% capacidade de convívio em sociedade. Isso indica tendência de a decisão judicial seguir as recomendações da perícia psiquiátrica nos casos de desinternação.

15. Isso ocorreu no dia 29/2/2024, com o Ato Conjunto CGJ-GMF-PB N. 01/2024, que estabeleceu a interdição parcial da PPF-PB (Paraíba, 2024).

16. Como já mencionado anteriormente, essa equipe foi constituída em dezembro de 2023, a partir da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

Foram registrados seis casos em que a decisão judicial foi contrária à desinternação. Os principais motivos alegados foram: periculosidade/risco de reincidência criminal (66,67%) e alegada incapacidade de convívio em sociedade (66,67%), em consonância, mais uma vez, com as alegações frequentemente apresentadas pelo EVCP. Em um dos casos, havia ordem de prisão decretada e também foi registrado um caso de homicídio de outro paciente da PPF.

Os dados apresentados sobre o EVCP e as decisões judiciais para desinternação revelam que, apesar das críticas direcionadas ao termo “periculosidade” ao longo do último século e sua rejeição por grande parte dos(as) especialistas no assunto (Barros-Brisset, 2011; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2011; Caetano, 2019), esse termo ainda continua a influenciar as decisões no estado da Paraíba, tanto para manter a internação quanto para autorizar a desinternação. Mesmo com os diversos avanços nas políticas voltadas para o fechamento da Penitenciária de Psiquiatria Forense, a periculosidade continua sendo um critério central na determinação da continuidade ou término da internação penal-manicomial.

Comparados aos dados do Censo de 2011 (Diniz, 2013), os dados jurídicos aqui apresentados também mostram uma maior população em situação temporária do que em medida de segurança de internação. Da mesma forma, as principais tipificações penais continuam sendo homicídio e crimes contra o patrimônio. É importante destacar a existência de nove pessoas em processo de desinternação, ou seja, que possuem decisão judicial favorável à sua liberação, mas ainda permanecem internadas na PPF. Esse fato é particularmente preocupante, uma vez que os dados indicam que cerca de 40% das pessoas nessa condição estão aguardando há mais de quatro anos para que a decisão judicial de desinternação seja efetivada.

A análise da população da PPF revela situação preocupante: alto número de pessoas em internação provisória, fluxo de entrada com movimentação contínua e dificuldade de efetivação da desinternação. Tal situação merece atenção das políticas desinstitucionalizantes em curso no estado.

1.3 Bahia: Hospital de Custódia e Tratamento

Tabela 15 – Dados gerais Hospital de Custódia e Tratamento – BA

DADOS GERAIS	
DATA DE INAUGURAÇÃO	20/08/1973
VÍNCULO INSTITUCIONAL	SEAP/BA
POPULAÇÃO INTERNADA	196 (TOTAL); 182 (M); 14 (F)
RAÇA/COR/ETNIA	183 (PP); 13 (B)
INTERNAÇÃO PROVISÓRIA OU SEM SENTENÇA	109
MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO	55
MEDIDA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL EM ECTP	2
MEDIDA COM DECISÃO DE DESINTERNAÇÃO OU EXTINÇÃO	26
PRISÃO PROVISÓRIA EM ECTP	0
CUMPRIMENTO DE PENA EM ECTP	4

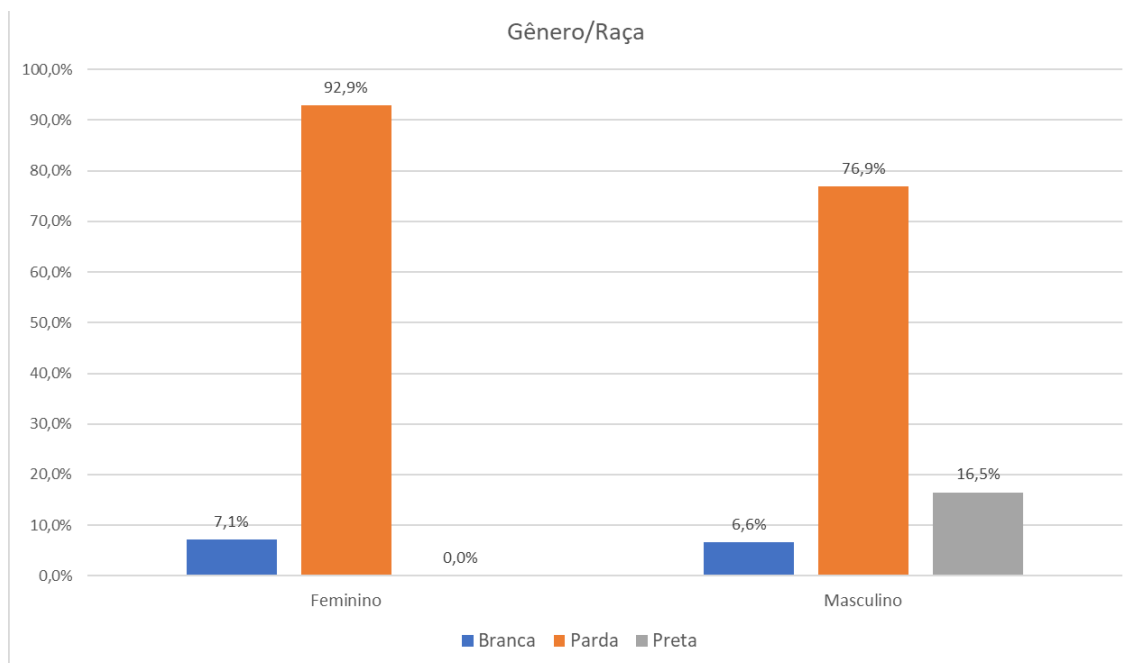
1.3.1 Perfil sociodemográfico

De acordo com os dados coletados, na Bahia, encontra-se contingente de 196 pessoas internadas no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT-BA). Em comparação com os dados de 2011 (Diniz, 2013), quando o HCT-BA contava com 151 pessoas, a Bahia registrou crescimento de 23% da população internada. Em relação à nacionalidade da população internada durante a pesquisa, observou-se que a totalidade (100%) no HCT-BA é brasileira e praticamente toda a população (98,47%) era residente no estado, com exceção de três internos oriundos dos estados do Amazonas, São Paulo e Sergipe. A maioria da população é originária de 112 municípios, sendo a capital Salvador responsável por uma parcela expressiva de 17,35%.

A análise do sexo/gênero da população internada tem maioria masculina. Na Bahia, 92,86% dessa população é composta por homens e 7,14% é do sexo feminino. Homens e mulheres são alocados em diferentes pavilhões do mesmo edifício, e os horários de “banho de sol” não coincidem, de modo que, de acordo com a equipe de funcionários(as) da unidade, não há convívio entre esses diferentes públicos.

Quando se considera a identificação racial/étnica da população internada, a maioria é composta por pessoas pardas e pretas. No estado, 93,37% da população internada é identificada como preta ou parda, enquanto apenas 6,63% são brancos. As mulheres negras, especificamente, representavam 92,9% das internas. Segundo dados do IBGE de 2022, na Bahia, 80,8% da população era composta por pessoas negras (pretas e pardas), o que indica que a internação deste grupo é proporcionalmente maior no HCT, em comparação com pessoas brancas e outras identificações raciais/étnicas.

Gráfico 14 – Gênero/raça dos internos do HCT – BA



Fonte: elaboração própria.

Em relação às faixas etárias da população internada, observa-se predominância de pessoas entre as idades de 30 a 49 anos de idade (61,22%). Nas demais faixas, é pos-

sível observar distribuição relativamente equilibrada: 22,96% dos(as) internos(as) entre 20 e 29 anos de idade; 30,61% entre 30 e 39 anos de idade; 30,61% entre 40 e 49 anos de idade; e 13,78% entre 50 e 59 anos de idade, indicando predominância de adultos(as). Uma pequena parcela, correspondendo a 2,04%, está na faixa de 60 a 69 anos de idade.

No que diz respeito ao estado civil das pessoas internadas, a predominância é de pessoas solteiras, com uma maioria de 86,22%. Em relação aos outros estados civis, cerca de 10,2% estão casados ou em união estável, enquanto 2,55% são divorciados, além de dois casos que não tiveram sua situação conjugal identificada. Quanto à quantidade de filhos dos(as) internos(as), observa-se distribuição equilibrada entre aqueles(as) que possuem filhos (31,63%) e os que não possuem (31,63%). Dos que possuem filhos, há distribuição variada entre um filho (12,76%) e dois filhos (11,22%). Além disso, foi registrada alta taxa de informações não identificadas quanto ao número de filhos nos prontuários, totalizando 36,73%.

A escolaridade das pessoas internadas indica a predominância relativa de pessoas com ensino fundamental incompleto (48,98%). Há, também, proporção significativa de pessoas não alfabetizadas (12,76%). Quanto à conclusão do ensino médio, apenas 10,2% completaram a educação básica.

O baixo nível de escolarização formal tem um impacto significativo nas ocupações laborais. A ausência ou a baixa educação formal pode limitar as oportunidades de emprego disponíveis e aumentar a vulnerabilidade ao desemprego e à precarização laboral. Com menor índice de qualificações específicas, há maior dificuldade de entrar no mercado de trabalho formal. Nesse sentido, a quantificação das ocupações das pessoas internadas pode ser afetada pela falta de registro oficial nos documentos.

Acerca da presença de registro de experiência laboral dos(as) internos(as), na Bahia, 59,18% destes(as) tinham registro de experiência laboral, 18,88% não possuíam e, em 21,94% dos casos, não foi possível constatar essa informação nos prontuários. A partir dos registros da presença de experiência laboral, as ocupações dos indivíduos foram enquadradas nas grandes classificações da CBO. As principais ocupações estão distribuídas entre os grupos 5, 6 e 7, nos 116 casos identificados (59,18%): i) agropecuários, florestais e da pesca (29,32%); ii) trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (29,32%); e iii) trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio (27,59%).

Apesar de serem identificados registros de trabalhos anteriores, a proporção de internos(as) em cujos prontuários consta que recebiam renda ou salário antes da internação é relativamente baixa, com apenas 7,14% dos casos. Também há grande proporção de não identificados (68,88%) e de internos(as) que não recebiam renda/salários (23,98%).

Para mapear quais são as redes de apoio, de referência e de suporte das pessoas internadas, um conjunto de questões envolveu vínculos com familiares, amigos, vizinhos, curadores e profissionais da assistência social ou da saúde. Nesse aspecto, constatou-se que o maior vínculo é familiar (54,08%), ainda que a ausência de referência familiar também seja significativa na Bahia (39,8%).

Quanto à referência de serviços de saúde ou assistenciais, destaca-se o número de 82,14% dos(as) internos(as) sem referência anterior a serviços de saúde ou assistenciais,

ou sem identificação dessa informação. Além disso, pequena parcela das referências registradas nos documentos se relaciona a profissionais de saúde (14,29%). A presença de curador dativo tem números expressivos na Bahia, onde cerca de um terço dos(as) internos(as) possui curador, representando 30,61% do total, o mais alto índice entre os estados analisados nesta pesquisa. É importante ressaltar que 37,24% não tinha curador dativo e uma parcela considerável dos casos não teve o registro identificado (32,14%).

A análise dos dados indicou que 94,39% dessa população possui documentos de identificação civil. Em contrapartida, 3,57% da população internada não possui nenhum tipo de documento de identificação e, em 2,04% dos casos, essa informação não pôde ser identificada.¹⁷

Em relação ao recebimento de benefícios, observou-se sub-representação significativa nos registros. Dos 34,69% dos casos com informação sobre a presença ou ausência de benefícios, apenas 15,81% recebem algum tipo de benefício social. Desses, 8,16% são beneficiários da Previdência Social e 6,63% recebem o BPC. Já 18,88% não recebem benefícios. Notavelmente, na maioria (65,31%), não houve identificação de recebimento de algum benefício social ou previdenciário.

Em relação às condições de internação no HCT da Bahia, das 196 pessoas internadas, apenas 20 estudam na unidade (10,20%), enquanto as demais 175 não estudam (89,29%), evidenciando que a maioria das pessoas não têm acesso a atividades de ensino. Tendo em conta que, como observado, 48,98% dessa população tem ensino fundamental incompleto e 12,76% sequer são alfabetizadas, nota-se baixa incorporação desse público nas atividades de formação educacional na unidade.

A taxa de adesão a atividades laborais é irrisória. Em toda a unidade, apenas uma paciente judiciária participava de atividades desse caráter, por meio do “Projeto Começar de Novo”, capitaneado pelo TJBA, que envolve o sistema penitenciário como um todo. No HCT, o projeto é conduzido por profissionais da TO, incluindo apenas uma pessoa.

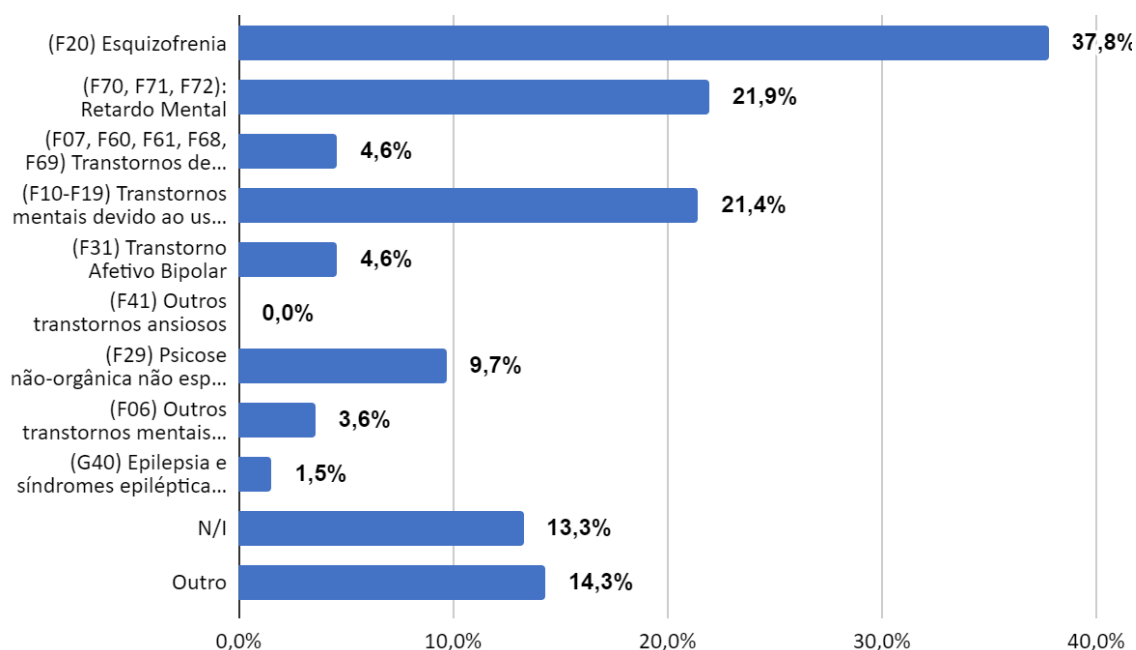
Mais da metade da população internada (56,12%) não recebe visitas de seus familiares, enquanto 43,88% são visitados(as). A expressiva taxa de visitas na unidade, em comparação com os outros estados, pode ser parcialmente explicada pela relativa concentração de internos(as) oriundos(as) da cidade de Salvador (17,35%) e de cidades próximas à capital. Além disso, a equipe de assistência social da unidade relata que, nos casos em que o(a) paciente não sabe ou não se lembra do endereço de sua família, realiza-se busca ativa por meio do apoio das unidades de CRAS e CAPS da cidade de referência. As assistentes sociais relatam situações em que mesmo vizinhos(as) e comerciantes do território auxiliaram na identificação do endereço de familiares dos(as) pacientes judiciárias(as). Nesse sentido, nota-se importante esforço de identificação e sensibilização dos(as) familiares por parte da equipe de assistência social, mesmo que isso não configure um projeto estruturado.

17. A equipe de pesquisa foi informada sobre a existência de um convênio entre o CNJ e os cartórios municipais, responsável por fazer “mutirões de RGs” na unidade. Segundo relato da assistente social da unidade, esse convênio começou em outubro de 2022 e se mantém até o momento, fazendo mutirões regulares para a emissão de documentos de identificação pessoal dos(as) internos(as). Ela explicou que, antes desse convênio, a unidade tinha de enviar ofícios para os cartórios solicitando a emissão de documentos dos(as) internos(as), procedimento moroso e pouco efetivo. Salientou que, em 2023, foram feitos três mutirões, nos meses de abril, agosto e dezembro. Isso explica por que, durante a coleta, praticamente não foram encontradas situações de internos(as) que não tinham documentos de identificação pessoal.

1.3.2 Perfil de saúde mental

Nos prontuários das pessoas internadas no HCT, o CID mais identificado nos laudos de sanidade mental refere-se ao descritivo F20 – esquizofrenia (37,8%). Retardo mental (F70 a F72) foi descrito em 21,9% dos laudos e transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas (F10 a F19) foram descritos em 21,4% dos laudos. Chama atenção o fato de que em 13,3% dos prontuários essa informação não foi identificada.

Gráfico 15 – Diagnósticos dos internos do HCT – BA



Fonte: elaboração própria.

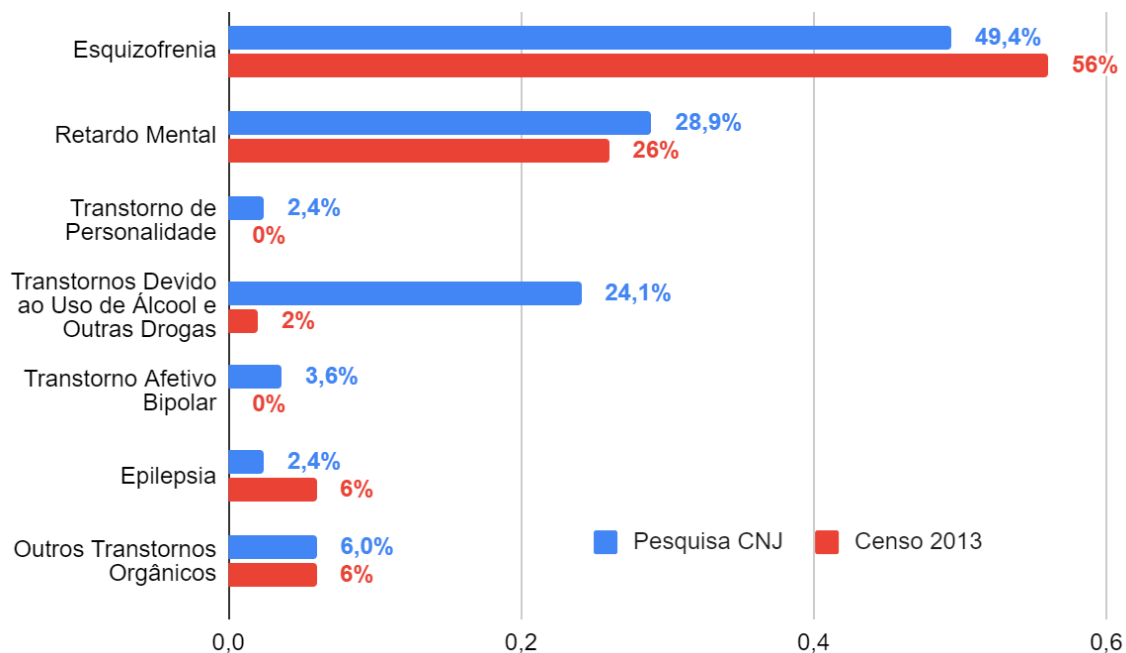
Os diagnósticos de esquizofrenia e de transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas aparecem sobrepostos em 54,08% dos casos. Esse dado indica que a mudança de perfil da população internada nos HCTPs não ocorre em substituição a um diagnóstico que cai em desuso, mas na conjugação dos diagnósticos de transtorno em decorrência do uso de drogas com o clássico diagnóstico de esquizofrenia.

Para análise comparativa entre os índices observados em 2023 e aqueles apresentados pelo Censo de 2011, é preciso fazer um recorte analítico, já que o levantamento feito pelo Censo em relação aos diagnósticos psiquiátricos referia-se apenas aos sujeitos que tiveram medida de segurança decretada, excluindo os que se encontravam provisória ou temporariamente na instituição. Aplicando esse recorte aos dados coletados pela presente pesquisa, observa-se que 49,4% das pessoas que cumprem medida de segurança no HCT apresentam CID de esquizofrenia; 28,9% de retardo mental e 24,1% de transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas. No Censo de 2011, o diagnóstico de esquizofrenia representava 56% dos casos, o de retardo mental, 26%, e os de transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas, 2%.

Isso quer dizer que, embora note-se diminuição importante dos diagnósticos de esquizofrenia, este continua a compor a maior parte dos diagnósticos entre as pessoas que cumprem medida de segurança na unidade. Por outro lado, houve sutil aumento

de diagnósticos de retardo mental e vertiginoso crescimento dos transtornos relacionados ao uso de drogas, que passaram de 2% para 24,1%. Entre a população internada provisoriamente (22 pessoas), esse diagnóstico representa 20,37%, superado apenas pelo diagnóstico de esquizofrenia que, neste recorte populacional, configura 29,63%. É possível afirmar que, assim como ocorre na Paraíba, a maior parte dos diagnósticos, no HCT-BA, relacionados ao uso de drogas, refere-se à população provisoriamente internada.

Gráfico 16 – Comparativo de diagnósticos dos internos dos HCTPs – BA no Censo 2011 e em 2023



Fonte: elaboração própria.

A maior parte dos diagnósticos foi encontrada no Exame de Sanidade Mental (61,73%), documento desenvolvido por peritos psiquiatras para indicar a existência de transtorno mental e a capacidade ou não do(a) acusado(a) de ser responsabilizado(a) por suas ações (se considerado imputável, semi-imputável ou inimputável ao tempo dos fatos). A equipe que desenvolveu a coleta dos dossiês no HCT destacou a extensão e o detalhamento dos exames de sanidade mental produzidos pelos(as) peritos(as) no estado. Chamou a atenção também a frequência com que esses exames sugeriam tratamento ambulatorial ou períodos curtos de internação, seguidos de reavaliações periódicas para o encaminhamento para tratamento ambulatorial.

Para 63,78% da população do HCT, havia registro de atendimento em serviços de saúde mental. Entre os registrados, em 76,8%, o registro referido era o CAPS e, em 29,6%, os Hospitais Psiquiátricos. Esses dados indicam um fluxo significativo entre pessoas internadas no HCT, a Rede de Atenção Psicossocial e instituições psiquiátricas, sugerindo que, na Bahia, essas instituições frequentemente se sobrepõem e atendem o mesmo público.

Com relação ao uso de álcool e outras drogas no período imediatamente anterior à internação, apenas 11,22% dos prontuários tinham esse registro. Entre os casos identificados, *crack* (36,36%), álcool (27,27%) e maconha (22,73%) eram as substâncias mais citadas.

1.3.3 Situação jurídica

No que se refere à situação processual, 55,1% das pessoas no HCT estão em condição de internação provisória, seja aguardando laudo de sanidade mental (25,51%), ou já possuindo o laudo, mas aguardando uma decisão judicial definitiva (29,59%); 28,06% dos(as) internos(as) tiveram decretada medida de segurança de internação; 2,04% estão realizando tratamento de saúde mental durante o cumprimento da pena; 4,08% já receberam decisão de desinternação, mas continuam internadas na instituição; e 9,18% estão com a medida de segurança extinta, mas seguem internadas.

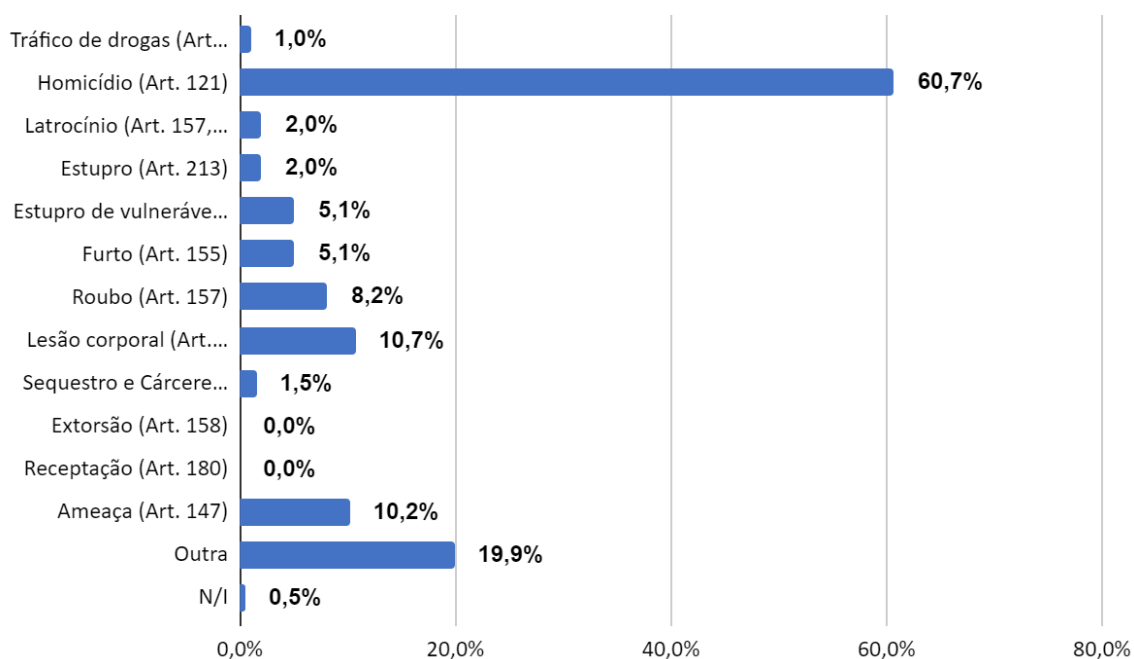
É importante observar que, geralmente, a sentença de extinção da medida de segurança é prolatada após o período de desinternação condicional (um ano, conforme dispõe o art. 97, § 3.º, CP), ou seja, após a pessoa ter sido desinternada e cumprido as condições determinadas pelo(a) juiz(a). Os dados coletados apontam uma situação peculiar, uma vez que existem 18 pessoas internadas no HCT mesmo com a medida de segurança extinta.

Quanto às taxas de retorno à unidade, foram registrados 31 casos de reinternação, o que constitui 15,82% da população total. Dessa porcentagem, 12,76% das reinternações ocorreram devido a uma nova infração penal e 3,06% por descumprimento das condições impostas na decisão de desinternação.

Já entre os casos de medida de segurança de internação determinada a partir de conversão da pena, foram encontradas apenas nove (4,59% do total) pessoas nessa situação.

Em relação à infração penal (considerando que o preenchimento permite registrar mais de uma infração), os principais registros referem-se a: i) art. 121 – homicídio, com 119 casos (60,7%), sendo que 43 deles foram tentativas (21,94%); ii) art. 129 – lesão corporal, 21 casos (10,7%); iii) art. 147 – ameaça, 20 casos (10,2%); e iv) art. 157 e art. 155 – roubo e furto, respectivamente, 16 (8,2%) e 10 (5,1%) casos. Entre outras infrações registradas (39), que totalizam 19,9% dos casos, merecem destaque os seguintes artigos: i) art. 163 – dano (3,06%) e ii) art. 24-A (Lei 11.340/2006) – descumprimento de medidas protetivas de urgência (3,06%).

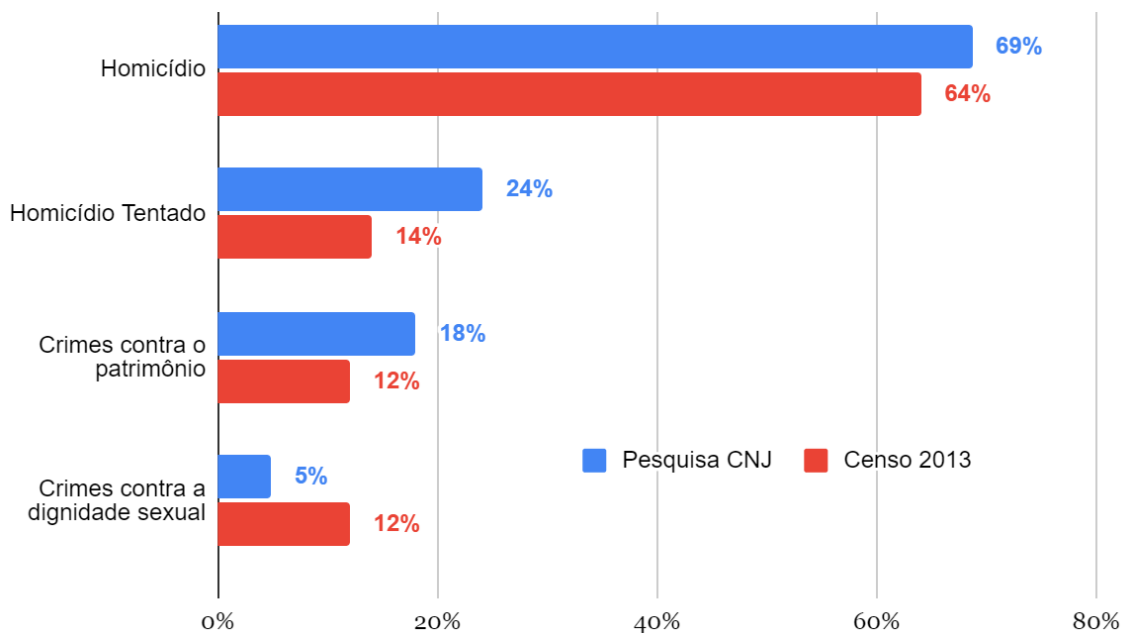
Gráfico 17 – Infrações penais dos internos do HCT – BA



Fonte: elaboração própria.

Assim como aconteceu em relação aos diagnósticos psiquiátricos, os dados sobre infrações penais apresentados pelo Censo de 2011 (Diniz, 2013) levaram em conta apenas as pessoas que tiveram medida de segurança decretada, excluindo aquelas internadas provisória ou temporariamente. Aplicando esse recorte aos dados de 2023, observa-se que 68,67% das pessoas que cumprem medida de segurança no HCT foram acusadas de homicídio, sendo 24,1% destes casos tentativas de homicídio; 18% de crimes contra o patrimônio e 4,81% de crimes contra a dignidade sexual. O Censo de 2011 também apontava para prevalência de crimes de homicídio (64%), sendo 14% deles tentados. Os crimes contra o patrimônio somavam 12% do total e os crimes contra a dignidade sexual, 12%. Nota-se, portanto, ligeiro aumento nas taxas de homicídio e de crimes contra o patrimônio, havendo diminuição importante de crimes contra a dignidade sexual.

Gráfico 18 – Comparativo de infrações dos internos do HCT – BA no Censo 2011 e em 2023



Fonte: elaboração própria.

No que se refere aos crimes vinculados à Lei Maria da Penha, estes foram registrados em 19,39% dos casos (38). Entre eles, seis casos (3,06%) se referem ao crime de descumprimento de medidas protetivas de urgência, previsto nessa lei, a qual estabelece pena de detenção, de três meses a dois anos. Considerando que o próprio CP estabelece, em casos de inimputabilidade, que para crime punível com detenção, o juiz poderá submeter a pessoa a tratamento ambulatorial (art. 97, CP), é preciso compreender qual seria a justificativa legal para a internação dessas pessoas no HCT.

Questão que chama a atenção é a frequência com que as sentenças judiciais deixavam de mencionar o tipo penal, fundamentando suas razões exclusivamente no diagnóstico de transtorno mental. Nesses casos, somente foi possível identificar a infração penal a partir da denúncia do MP, uma vez que as sentenças sequer as citavam. Seguindo o princípio da “porta giratória” proposto por Foucault (2010), segundo o qual a loucura, ao entrar em cena, eclipsa o crime, percebe-se um movimento de apagamento da discussão sobre a acusação penal, que passa a focar apenas na suposta “periculosidade”, tida como condição intrínseca e imanente à loucura e, portanto, ao sujeito louco. Como sugere Foucault (2010), o princípio da porta giratória faz que toda discussão sobre o crime, inclusive sobre a própria autoria do(a) acusado(a), seja eclipsada pela acusação de periculosidade que subjaz o diagnóstico de transtorno mental, fazendo da loucura o próprio princípio da sanção penal. Nesse sentido, é possível dizer que as sentenças judiciais, ao simplesmente omitirem a acusação penal, fundamentam a aplicação da medida de segurança – tanto na sua modalidade de internação quanto na determinação do tempo mínimo de duração – com base na “acusação” de loucura, fazendo que demais discussões sobre autoria ou a própria existência do crime saiam de cena.

Em 46,43% dos casos (91), a infração penal foi cometida contra um membro da família e em 10,2% (20) contra o cônjuge. Significa dizer que parte importante das infrações foi cometida contra pessoas que são da rede familiar da pessoa internada no HCTP.

Apesar disso, chama atenção o fato de que, como indicado anteriormente, os dossiês analisados sugerem que 54,08% da população internada possui respaldo familiar e que 43,88% recebem visitas. Esses índices sugerem que, ao contrário do que seria esperado, o fato da infração ter ocorrido dentro do espaço doméstico não necessariamente implica a rejeição do sujeito por parte de sua família, o que pode ser parcialmente explicado pelo trabalho de resgate/fortalecimento de vínculos entre os(as) internos(as) e seus entes familiares, feito pela equipe de assistência social, como relatado anteriormente. Além disso, é preciso ter em conta a dimensão circunstancial e contextualizada do crime no interior das relações familiares, em que dimensões como afeto e cuidado, mas também dúvida e desconfiança, estão presentes nas narrativas domésticas.

Como já destacado, 55,1% das pessoas no HCT estão em situação de internação provisória e sem sentença judicial definitiva sobre a aplicação ou não da medida de segurança. Isso se reflete na dificuldade de aferir o prazo mínimo de internação determinado na sentença, notada nos 118 dossiês em que essa informação NSA ou não N/I. Entre os 39,79% sentenciados, 19,39% têm prazo mínimo de internação determinado de três anos; 11,22% de um ano e 5,1% de dois anos. Além disso, seis pessoas (3,06%) estão na unidade com sentença de tempo indeterminado para a internação, ou seja, sem identificar o prazo mínimo de um a três anos, conforme previsão do CP (art. 97, § 1.º).

Exatamente metade das pessoas está internada há menos de um ano (50%); 28,57% estão internadas entre um e três anos e 16,84% estão internadas entre três e dez anos. Sete pessoas estão na unidade entre 11 e 15 anos, uma pessoa há mais de 16 anos e uma pessoa há mais de 26 anos, configurando nove casos de longa internação.

Das pessoas internadas provisoriamente que já realizaram o exame de sanidade mental, sem sentença judicial, os tempos se distribuem principalmente entre cinco meses e um ano (39,66%) e de um a três anos (34,48%); 17,24% esperam mais de três anos, sem qualquer decisão judicial relativa à acusação penal. Essa situação revela que mais da metade dos casos de internação provisória com laudo de sanidade mental concluído aguardam decisão judicial há mais de um ano.

Das quatro pessoas que já possuem o laudo do EVCP com a indicação de cessação de periculosidade favorável e permanecem internadas no HCT, uma permanece mantida no HCT há mais de um ano; duas pessoas entre cinco meses e um ano, e uma pessoa há menos de um mês, aguardando a decisão judicial.

Sobre o tempo decorrido entre a conclusão do EVCP e a decisão de desinternação, foram identificados 11 casos com menos de um mês, 11 casos de um a três meses, um caso de três a cinco meses, três casos de cinco meses a um ano, e um caso com mais de um ano.

Nos 29 casos em que há decisão judicial de desinternação e as pessoas seguem mantidas na instituição, 48,28% estão entre dois e quatro anos no HCT e 20,69% estão há mais de cinco anos.

Tabela 16 – Tempo total de internação – BA

Há quanto tempo a pessoa está internada? (anos)	Frequência	%
Menos de 1 ano	98	50%
De 1 a 3 anos	56	28,57%
De 3 a 10 anos	33	16,84%
De 11 a 15 anos	7	3,57%
De 16 a 20 anos	1	0,51%
De 26 a 30 anos	1	0,51%
Total geral	196	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 17 – Tempo de internação provisória sem decisão judicial – BA

Há quanto tempo a pessoa está provisoriamente internada, sem decisão judicial?	Frequência	%
Menos de 1 mês	1	1,72%
De 1 a 3 meses	2	3,45%
De 3 a 5 meses	2	3,45%
De 5 meses a 1 ano	23	39,66%
De 1 a 3 anos	20	34,48%
De 3 a 5 anos	5	8,62%
Mais de 5 anos	5	8,62%
Total geral	58	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 18 – Tempo de internação após indicação de cessação de periculosidade – BA

Há quanto tempo a pessoa é mantida internada após a indicação de cessação de periculosidade?	Frequência	%
Menos de 1 mês	1	25%
De 5 meses a 1 ano	2	50%
Mais de 1 ano	1	25%
Total geral	4	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 19 – Tempo de internação após decisão de desinternação – BA

Há quanto tempo a pessoa é mantida internada depois de receber uma decisão de desinternação?	Frequência	%
Menos de 3 meses	1	3,45%
De 6 a 12 meses	2	6,9%
De 1 a 2 anos	3	10,34%
De 2 a 3 anos	8	27,59%
De 3 a 4 anos	6	20,69%
De 4 a 5 anos	3	10,34%
Mais de 5 anos	6	20,69%
Total geral	29	100%

Fonte: elaboração própria.

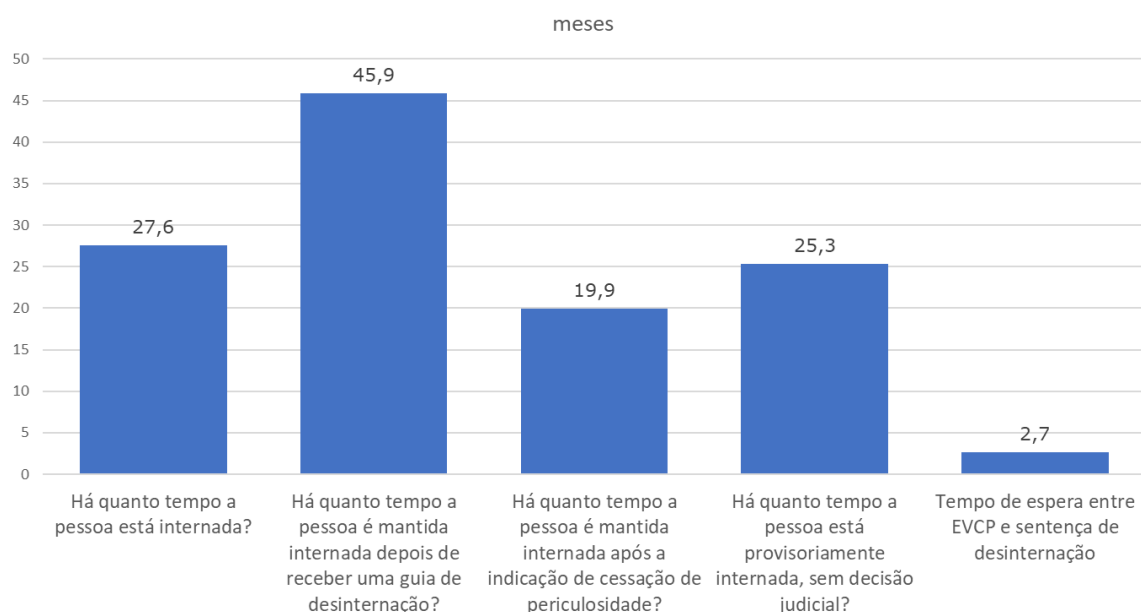
Tabela 20 – Tempo de espera entre EVCP e decisão de desinternação – BA

Tempo de espera entre EVCP e decisão de desinternação	Frequência	%
Menos de 1 mês	11	40,74%
De 1 a 3 meses	11	40,74%
De 3 a 5 meses	1	3,7%
De 5 meses a 1 ano	3	11,11%
Mais de 1 ano	1	3,7%
Total geral	27	100%

Fonte: elaboração própria.

Por último, elaborou-se graficamente uma comparação dos diferentes tempos no interior da instituição, a partir da média de meses aferida. Buscou-se, com essa avaliação, perceber o tempo médio que pessoas permanecem internadas na instituição com uma situação jurídica indefinida, como é o caso das pessoas que estão provisoriamente internadas sem decisão judicial que defina o cumprimento ou não da medida de segurança; de pessoas que já tiveram laudo atestando a cessação de periculosidade, mas continuam internadas, sem decisão judicial determinando a sua desinternação; e de pessoas que já receberam uma decisão de desinternação (o que inclui as situações em que a medida de segurança foi extinta) mas, por algum motivo, permanecem internadas. Assim, identificou-se que, em média, as pessoas ficam **25,3 meses internadas provisoriamente sem decisão judicial**; 19,9 meses internadas depois de ter recebido um laudo de cessação de periculosidade; e **45,9 meses internadas depois de receber uma decisão de desinternação**. Importante destacar que, entre toda a população internada, nas mais diferentes situações processuais, as pessoas ficam, em média, 27,6 meses na instituição.

Gráfico 19 – Médias de tempo relacionadas à internação e desinternação (meses) – BA



Fonte: elaboração própria.

Com relação ao exame de verificação de cessação de periculosidade (EVCP), este ainda é realizado no HCT pelos(as) peritos(as) psiquiatras que trabalham na instituição. Nos 34 casos em que foi identificada a realização do EVCP, em 91,18% houve indicação de cessação de periculosidade. Vale lembrar que se há 42 pessoas internadas (21,43%) há mais de três anos, pode haver um déficit na realização desse tipo de exame, considerando que a cessação de periculosidade deve ser averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança determinado na sentença (art. 175, LEP) ou, ainda, em qualquer tempo durante esse prazo mínimo, a requerimento do próprio interessado, do seu defensor, ou do MP (art. 176, LEP).

Os principais motivos alegados no EVCP para a desinternação/cessação da periculosidade, considerando a possibilidade de múltiplas variáveis, referem-se, principalmente, à cessação de periculosidade e/ou do risco de reincidência (80,65%), avaliação psiquiátrica/comportamental e cognitiva favorável (54,84%) e existência de vínculo familiar (41,94%).

Em relação aos motivos alegados nos exames desfavoráveis à desinternação, que podem ser cumulativos, constatou-se: 100% periculosidade mantida/risco de reincidência criminal, 33,33% avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva desfavorável e 33,33% ausência de vínculo familiar.

Observa-se, assim, que ainda predominam os argumentos vinculados a uma perspectiva mais conservadora no campo da saúde mental, que desconsidera aspectos relacionados à atenção psicossocial e ao cuidado em liberdade das pessoas com transtorno mental. Além disso, os EVCPs ratificam conceitos presentes em leis que foram superadas em alguns dos aspectos por normas domésticas e internacionais mais atuais e que garantem direitos das pessoas com transtorno mental ou com deficiência psicossocial. Nesse sentido, cita-se a Lei de Execução Penal, que é anterior à Constituição Federal de 1988 e à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência de 2007. Um exemplo disso é a questão da cessação de periculosidade (Caetano, 2019). Nesse tipo de exame, em apenas um caso houve menção à política antimanicomial.

No HCT, em cerca de 21,43% dos casos houve avaliações diversas do EVCP para envio ao juiz ou juíza, 73,81% delas produzidas por psicólogo(a) e 26,19% produzidas por assistentes sociais. Houve também, em 23,81% dos casos, avaliações de médicos(as) psiquiatras assistentes de ala – isto é, que atuam como psiquiatras na unidade, e não como peritos(as) – e do(a) próprio(a) diretor(a) da unidade¹⁸, que se pronunciaram sobre a desinternação ou manutenção da internação do(a) paciente judiciário(a) em questão.

Chama a atenção o fato de que em quase 25% dessas avaliações, médicos(as) psiquiatras atuaram, principalmente porque constam como médicos(as) assistentes. Contudo, o Código de Ética Médica (artigo 93, da Resolução n. 1931/2009, do Conselho Federal de Medicina) proíbe a atuação de médicos(as) assistentes na perícia de seus assistidos, tornando questionável o uso dessas avaliações nas decisões judiciais.

18. Trata-se do diretor anterior à diretora atual, que assumiu o cargo de direção da unidade no ano de 2023. O referido diretor era médico psiquiatra e atuou por mais de 30 anos no HCT/BA.

Os três mesmos motivos frequentes no EVCP são alegados nessas avaliações para a desinternação: 61,9% avaliação psicossocial favorável¹⁹; 42,86% existência de vínculo familiar e 26,19% cessação de periculosidade/risco de reincidência.

Quanto à decisão judicial para desinternação, esta foi identificada em 29 casos, 14,8% do total de pessoas internadas. Algo que pode explicar o alto número de pessoas internadas nessas condições é a inexistência de atuação da EAP. Como já explicitado, na Bahia, é recente a formação da primeira EAP, a partir da Secretaria de Saúde do estado. Daí a importância do trabalho de uma equipe como dispositivo conector entre os órgãos do sistema de justiça, a rede de atenção à saúde e a rede da assistência social, sobretudo levando em consideração esse número significativo de pessoas para que seja iniciada a sua desinstitucionalização.

Os principais motivos alegados para desinternação são os mesmos destacados nos EVCPs e nas outras avaliações produzidas: 51,72% cessação de periculosidade ou risco de reincidência; 27,59% avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva e 17,24% existência de vínculo familiar, demonstrando que a decisão judicial tende a seguir a recomendação da perícia psiquiátrica nos casos de desinternação.

No caso da Bahia, é notável como as diretrizes da Política Antimanicomial do Poder Judiciário estão sendo consideradas na decisão de desinternação. Entre as 29 decisões judiciais analisadas, 23 delas incorporaram elementos relacionados a essas diretrizes, fazendo menção à Política Antimanicomial em si, à abordagem específica da Política Antimanicomial do Poder Judiciário e/ou à Recomendação n. 35/2011 do CNJ.

Quanto às decisões judiciais que se opuseram à desinternação, isso foi observado em seis casos. Os principais motivos apresentados estão divididos igualmente entre periculosidade/risco de reincidência criminal (33,33%), avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva desfavorável (33,33%) e ausência de vínculo familiar (33,33%). Esses argumentos coincidem, mais uma vez, com as alegações mais frequentemente utilizadas pelo EVCP. Além desses, outros foram identificados, como a ausência de CAPS na cidade de residência da pessoa internada. Isso denota a importância da RAPS para o cuidado desse público e como os seus dispositivos precisam ser expandidos visando a execução da Política Antimanicomial do Judiciário, a qual tem como diretrizes o direito à saúde integral e o cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar (CNJ, 2023c).

Os dados apresentados sobre o EVCP e as decisões judiciais para desinternação revelam que, apesar das críticas direcionadas ao termo “periculosidade” ao longo do último século e sua rejeição por grande parte dos(as) especialistas no assunto (Barros-Brisset, 2011; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2011; Caetano, 2019), esse termo ainda continua a influenciar as decisões no estado da Bahia, tanto para manter a internação quanto para autorizar a desinternação. No entanto, é importante reiterar que nas decisões favoráveis à desinternação, as diretrizes da Política Antimanicomial já estão sendo levadas em conta.

19. Com a diferença que aqui se trata de avaliação psicossocial e não psiquiátrica (como no EVCP).

Comparando com os dados do Censo de 2011, as informações jurídicas aqui compiladas revelam uma maior presença de população temporária em comparação com aquelas sob medida de segurança de internação, invertendo o retratado naquela época quando a população em medida de segurança era majoritária (66%). Além disso, as principais tipificações penais continuam sendo homicídios. Destaca-se que há 29 pessoas aguardando desinternação, ou seja, com decisão judicial favorável à sua liberação, porém, permanecem internadas no HCT. Esse cenário é particularmente preocupante, visto que os dados indicam que, em média, esses indivíduos aguardam quase quatro anos para que a desinternação seja efetivada após a sentença.

1.4 São Paulo: HCTPs I e II de Franco da Rocha e HCTP de Taubaté

Tabela 21 – Dados Gerais do HCTP Arnaldo Amado Ferreira – SP

DADOS GERAIS – HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DR. ARNALDO AMADO FERREIRA (TAUBATÉ)	
DATA DE INAUGURAÇÃO	Maio de 1942
VÍNCULO INSTITUCIONAL	SAP
POPULAÇÃO INTERNADA	259 (TOTAL – M)
RAÇA/ETNIA	122 (PP); 137 (B)
INTERNAÇÃO PROVISÓRIA OU SEM SENTENÇA	6
MEDIDA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL, EM ECTP	6
MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO	241
MEDIDA COM DECISÃO DE DESINTERNAÇÃO OU EXTINÇÃO	2
PRISÃO PROVISÓRIA EM ECTP	1
CUMPRIMENTO DE PENA EM ECTP	1

Fonte: elaboração própria.

Tabela 22 – Dados Gerais do HCTP André Teixeira de Lima de Franco da Rocha– SP

DADOS GERAIS – HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO PROF. ANDRÉ TEIXEIRA DE LIMA DE FRANCO DA ROCHA (HCTP I de FR)	
DATA DE INAUGURAÇÃO	31/12/1933
VÍNCULO INSTITUCIONAL	SAP
POPULAÇÃO INTERNADA	518 (TOTAL); 442 (M); 75(F); 1 (OUTRO)
RAÇA/ETNIA	234 (PP); 197 (B); 2 (A); 84 (N/I)
INTERNAÇÃO PROVISÓRIA OU SEM SENTENÇA	2
MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO	476
MEDIDA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL, EM ECTP	9
MEDIDA COM DECISÃO DE DESINTERNAÇÃO OU EXTINÇÃO	24
PRISÃO PROVISÓRIA EM ECTP	0
CUMPRIMENTO DE PENA EM ECTP	5

Fonte: elaboração própria.

Tabela 23 – Dados Gerais do HCTP II de Franco da Rocha/SP

DADOS GERAIS – HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO II DE FRANCO DA ROCHA	
DATA DE INAUGURAÇÃO	10/01/2002
VÍNCULO INSTITUCIONAL	SAP
POPULAÇÃO INTERNADA	188 (TOTAL – M)
RAÇA/ETNIA	95 (PP); 80 (B); 13 (N/I)
INTERNAÇÃO PROVISÓRIA OU SEM SENTENÇA	0
MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO	170
MEDIDA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL, EM ECTP	2
MEDIDA COM DECISÃO DE DESINTERNAÇÃO OU EXTINÇÃO	15
PRISÃO PROVISÓRIA EM ECTP	0
CUMPRIMENTO DE PENA EM ECTP	0

Fonte: elaboração própria.

1.4.1 Perfil sociodemográfico

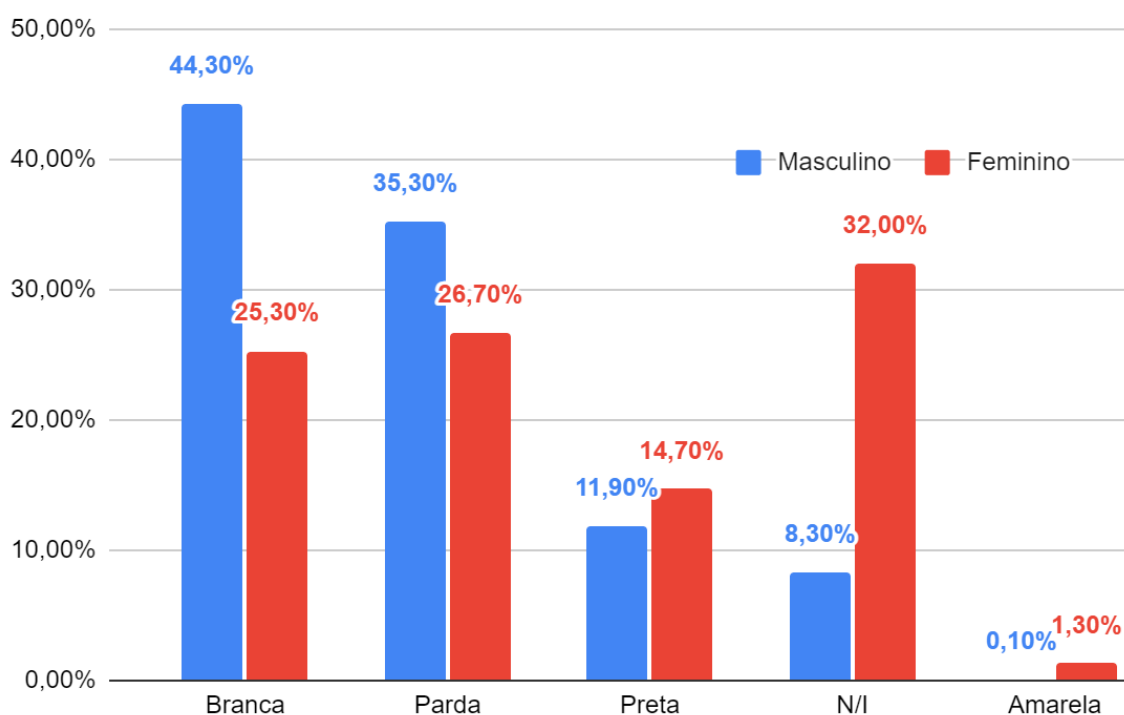
Considerando os dados do Censo de 2011 (Diniz, 2013), o número de pessoas internadas nos três HCTPs de São Paulo era de 1025. Em comparação com os dados de 2024 desta pesquisa, que registram 965 pessoas internadas, nota-se uma leve redução, de cerca de 6%.

No momento da coleta, entre o total da população internada nos três HCTPs, foi possível identificar que 99,48% são brasileiras, 0,31% é estrangeira e em 0,21% dos casos não foi possível constatar a nacionalidade. Das 965 pessoas internadas, a grande maioria já residia no estado de São Paulo antes da internação, totalizando 99,69%, e apenas três pessoas (0,3%) são provenientes de outros estados (Paraíba, Paraná e Rio de Janeiro).

Em relação às categorias de sexo/gênero identificadas nos documentos analisados, há uma predominância de internos masculinos, somando 92,12% da população estadual em HCTPs, enquanto o público feminino constitui 7,77% da população. Em um caso (0,1%), não foi possível identificar o sexo/gênero da pessoa internada.

Em relação aos marcadores de raça e etnia, identificou-se que 46,73% da população foi registrada como negra (pretos e pardos), 42,9% como branca e 0,21% como amarela. Ainda, em uma parcela significativa de casos, representando 10,16%, não foi possível encontrar a heteroidentificação racial/étnica. Em relação às faixas etárias, há significativa predominância de pessoas entre as idades de 30 a 49 anos (67,26%), seguida pela faixa dos 20 aos 29 anos (14,72%), o que indica que os HCTPs são compostos por uma população adulta e jovem adulta, principalmente. Já na faixa de 50 a 59 anos, encontrou-se o percentual de 12,23%; e as pessoas acima dos 60 anos totalizaram 5,8%

Gráfico 20 – Gênero/Raça dos internos do HCTP – SP



Fonte: elaboração própria.

No que se refere à situação conjugal, a grande maioria, representando 84,25%, é solteira. Quanto aos outros estados civis, identificou-se que 8,39% se encontravam em união estável, amasiada ou casada, enquanto apenas 1,97% era viúva. Em 10 casos (1,04%) não havia a informação nos documentos. Acerca da quantidade de filhos, observou-se ausência de descendentes na maioria da população (61,66%). Dos(as) internos(as) que têm filhos, nota-se que os números mais expressivos estão entre um filho (12,95%), dois filhos (8,19%) e três filhos (5,39%). Além disso, em 75 casos a informação não foi encontrada nos processos.

A escolaridade dos(as) internos(as) informa que 49,53% dessa população não completou o ensino fundamental, enquanto 14,2% completaram o referido ciclo. Além disso, as porcentagens referentes ao ensino médio incompleto e completo são parecidas: 9,12% e 10,57%, respectivamente. A proporção de pessoas não alfabetizadas é de 5,18% e, em 7,77% dos casos, não havia informação sobre a escolaridade.

Observou-se que 39,9% da população tinha registro de experiência laboral anterior, enquanto 52,33% não possuía registro de trabalhos prévios à internação. Além disso, em 7,77% dos casos não havia menção a trabalho anterior. A partir dos registros da presença de experiência laboral, as ocupações foram enquadradas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). As ocupações com maior frequência estão distribuídas entre os grupos 7, 5 e 6, representando aproximadamente 85% das ocupações indicadas nos documentos.

Nesse sentido, entre os(as) internos(as) com registro, a maioria encontrava-se nos seguintes grupos: i) trabalhadores de bens e serviços industriais (41,29%); ii) trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (35,06%); iii) agropecuários, florestais e da pesca (8,83%). Em geral, a população internada ocupava postos de tra-

balhos que não requerem alto grau de especialização e escolarização, concentrando-se em trabalhos precarizados, sem vínculo oficializado. Ainda, embora haja significativo registro de ocupação, o percentual de internos(as) que recebia renda/salário anteriormente é de apenas 13,58%, enquanto 49,64% não recebia e, em 36,79% dos casos, não havia informação disponível.

Acerca das redes de apoio e de referência dos(as) internos(as) nos HCTPs de São Paulo, verificou-se que o maior vínculo é familiar, registrado em 60,73% dos casos, ainda que a ausência da família seja significativa (30,78%). A presença de amigos/vizinhos apareceu em apenas 1,87% dos processos. A referência prévia de serviços de saúde ou assistenciais foi indicada em apenas 17,93% dos casos, com prevalência de profissionais da saúde. Já a presença de curador dativo apareceu em 7,15% dos casos.

A maioria dos(as) internos(as), representando 55,93%, não recebia visitas, enquanto o registro de visitas foi verificado em 28,28% dos casos. Além disso, não foi possível identificar informações relativas à visitação em um número significativo de casos (15,78%). Nesse ponto, percebe-se que mesmo quando há vínculo familiar ativo (em 60,73% dos casos), as visitas aos(as) internos(as) são significativamente reduzidas, o que pode estar relacionado aos efeitos da internação/privação de liberdade para as famílias, especialmente no que tange às condições socioeconômicas para o deslocamento e à distância dos HCTPs da cidade de origem do(a) paciente internado(a).

Sobre a existência de documentos de identificação civil/pessoal, observou-se que os(as) internos(as) possuem documentos em 98,13% dos casos. Apenas 0,83% não possuem e em 1,04% dos casos a informação não constava. Em 45,8% dos casos, os(as) internos(as) não recebiam benefício social e assistencial durante a internação, enquanto em 40% a informação estava ausente.

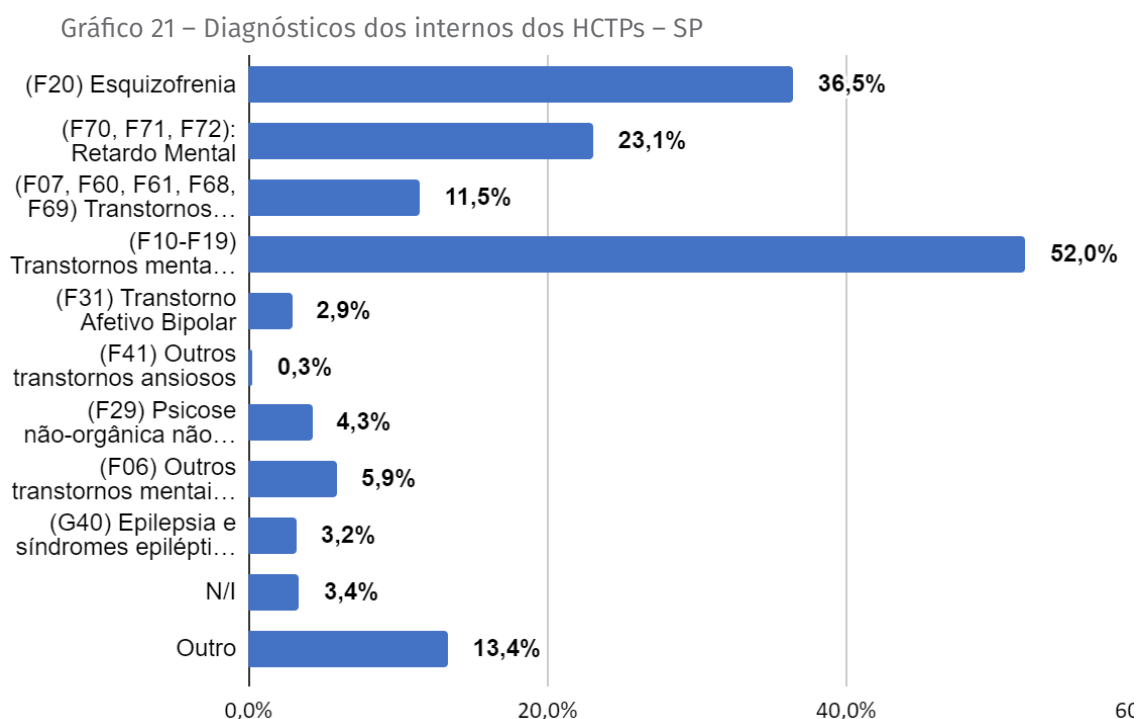
Essa ausência significativa de informação sobre pessoas com acesso ao benefício indica que não há um trabalho específico de busca ativa junto ao INSS para sua concessão aos(as) internos(as) ou para verificação da existência de internos(as) beneficiados(as), o que tem impacto no acesso a bens, serviços, visitas familiares, entre outros, durante a internação e no processo de desinternação e desinstitucionalização. Entre aquelas que recebem (14,2%), a maioria é beneficiária da Previdência Social (9,95%), enquanto apenas 2,38% do BPC e 0,73% do Bolsa Família.

Os dados sobre vinculação a práticas educativas e escolares intra HCTPs indicam que apenas 10,67% dos(as) internos(as) participam de atividades, enquanto a grande maioria, de 73,26%, não. Ainda, em 16,06% dos casos não foi possível encontrar a informação.

Já a análise dos dados sobre trabalho dentro dos HCTPs indica que 20,41% dos(as) internos(as) estão vinculados(as) a práticas laborais durante o período de internação, enquanto 64,15% não estão envolvidos em atividades de trabalho. Em 15,44% dos casos a informação sobre a ocupação não pôde ser determinada. Ainda, não foi possível identificar as ocupações específicas dos(as) pacientes internados(as). É notável que a proporção de pacientes que trabalham (20,41%) dentro dos HCTPs é superior à proporção daqueles(as) que estão envolvidos(as) em estudos (10,67%), indicando uma valorização institucional maior das atividades laborais em relação à formação educacional.

1.4.2 Perfil de saúde mental

Os documentos de pessoas com transtornos mentais internadas nos HCTPs de Taubaté e Franco da Rocha, em São Paulo, analisados durante a presente pesquisa, demonstram que os transtornos devido ao uso de álcool e outras drogas (F10-19) são os diagnósticos prevalentes, com índice de 52%. Em seguida, o diagnóstico de esquizofrenia (F20) foi encontrado em 36,5% dos casos analisados. Os diagnósticos de retardo mental (F70-72), em 23,1% dos casos, e os de transtornos de personalidade (F07, F60, F61, F68 e F69), em 11,5%, vêm em seguida.



Fonte: elaboração própria.

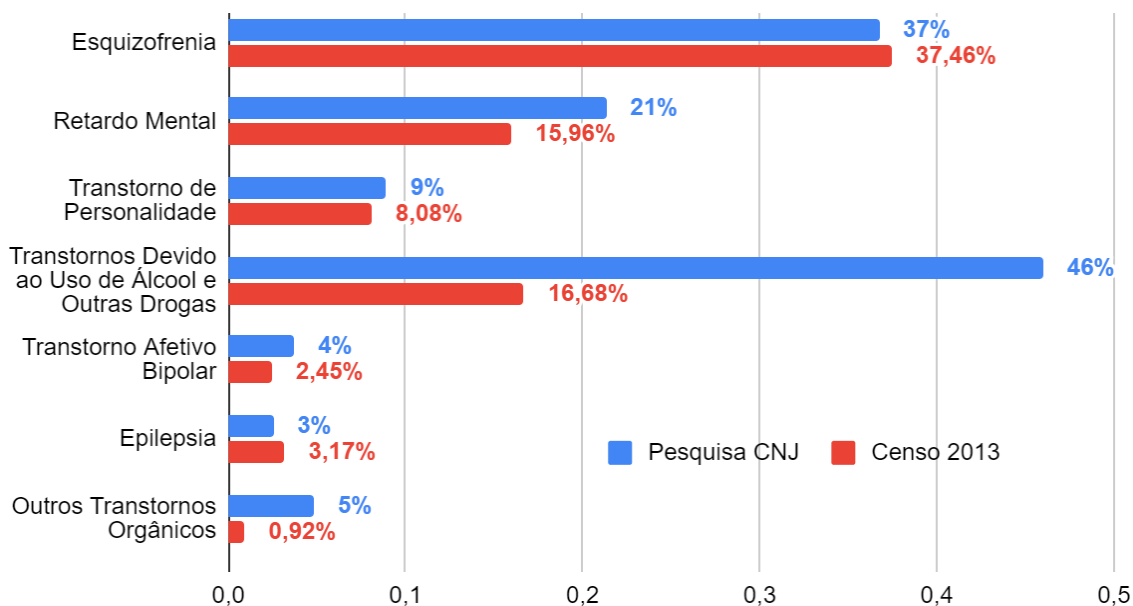
Para uma análise comparativa entre os índices observados em 2024 e aqueles apresentados pelo Censo de 2011, é preciso fazer um recorte analítico, já que o levantamento feito pelo Censo em relação aos diagnósticos psiquiátricos referia-se apenas aos sujeitos que tiveram medida de segurança decretada, excluindo os que se encontravam provisória ou temporariamente na instituição. Aplicando esse recorte aos dados coletados nesta pesquisa, observa-se que 46% das pessoas que tiveram medida de segurança decretada apresentam CID de transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas; 37% de esquizofrenia; e 21% de retardo mental. Os números relacionados ao diagnóstico de esquizofrenia mantêm-se no mesmo patamar verificado no Censo de 2011, quando representava 37,46% dos casos nos HCTPs de São Paulo. Já os casos de transtornos mentais relacionados ao uso de drogas tiveram um salto vertiginoso: de 16,68%, em 2011, para 46% em 2023. Em relação aos diagnósticos relativos a retardo mental, houve aumento de 15,96%, em 2013, para 21% em 2024.

Os diagnósticos de esquizofrenia e de transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas aparecem sobrepostos em 75,85% dos casos. Como já indicado anteriormente, esse dado aponta que a mudança de perfil da população internada nos HCTPs

não ocorre em substituição a um diagnóstico que cai em desuso. O que parece se passar é a conjugação dos diagnósticos de transtorno em decorrência do uso de drogas com o clássico diagnóstico de esquizofrenia.

Por sua vez, o diagnóstico de retardo mental apresentou aumento de 16%, em 2013, para 21%, em 2024, e o de transtorno de personalidade manteve-se no mesmo patamar, com pequena variação de 8% para 9%, atualmente.

Gráfico 22 – Comparativo de diagnósticos dos internos dos HCTPs – SP no Censo 2011 e em 2024



Fonte: elaboração própria.

Como mencionado na apresentação deste relatório, o estado de São Paulo tem uma particularidade: o Judiciário e o Poder Executivo organizaram a distribuição das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei de modo a separar as pessoas com medida de segurança decretada daquelas internadas provisoriamente. Assim, nos HCTPs de Franco da Rocha e Taubaté estão, em sua grande maioria, pessoas em cumprimento de medida de segurança, ao passo que as pessoas internadas provisoriamente estão majoritariamente custodiadas em Alas Psiquiátricas de unidades prisionais comuns, voltadas a essa população.

Pelas razões já explicitadas nas considerações metodológicas, esta pesquisa não abarcou a população internada provisoriamente nessas Alas, de maneira que os dados obtidos se referem quase que exclusivamente às pessoas em cumprimento de medida. Entretanto, alguns casos de pessoas internadas provisoriamente nos HCTPs foram identificados e os dados extraídos indicam que, neste perfil, o diagnóstico de transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas é ainda maior (62,50%) do que na população com medida decretada. Foram observados, também, diagnósticos de esquizofrenia (12,5%), retardo mental (12,5%) e transtornos de personalidade (12,5%).

Tabela 24 – CID da população internada provisoriamente – SP

CID população internada provisoriamente	n	%
(F20) Esquizofrenia	1	12,5%
(F70, F71, F72): Retardo Mental	1	12,5%
(F07, F60, F61, F68, F69) Transtornos de personalidade	1	12,5%
(F10-F19) Transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas	5	62,5%
(F31) Transtorno Afetivo Bipolar	0	--
(F41) Outros transtornos ansiosos	0	--
(F29) Psicose não-orgânica não especificada	1	12,5%
(F06) Outros transtornos mentais devidos à lesão e disfunção cerebral e a doença física	1	12,5%
(G40) Epilepsia e síndromes epilêpticas generalizadas idiopáticas	0	--
N/I	2	25%
Outro	0	--

Fonte: elaboração própria.

64,15% das pessoas internadas tinham, nos documentos analisados, registro de passagem por serviços de saúde mental, ao passo que, para 35,85%, não havia esse tipo de anotação. Ressalta-se que, no formulário aplicado pelas equipes da pesquisa, a questão relativa a este tema permitia mais de uma resposta, tendo em vista que as trajetórias das pessoas podem ser marcadas pela passagem por distintos serviços de saúde mental. Os CAPS representam a maior parte dos serviços identificados, com 64,3%; os hospitais psiquiátricos aparecem em seguida, com 50,4%; e as comunidades terapêuticas apresentam índice de 18,74% dos casos. Clínicas privadas e conveniadas ao SUS, bem como outras modalidades de serviços de saúde mental, representam 20,67% das menções. Importa observar que muitas vezes as comunidades terapêuticas (CTs) são nomeadas nos prontuários e autos processuais como “clínicas”, o que abre margem de imprecisão na determinação do perfil da instituição e, conseqüentemente, possível subnotificação das internações em CTs.

O número de casos em que há menção a álcool e outras drogas nos documentos analisados é praticamente igual à porcentagem de diagnósticos relacionados a transtornos decorrentes do uso de drogas, com 46,53%. Considerando que o formulário permitia múltipla escolha na questão relativa às drogas usadas no período anterior à internação, o álcool apresenta o maior índice, com 51,67%; o *crack* é a segunda substância mais citada, com 47,44%; a maconha, a terceira (38,31%); e a cocaína, em quarto (33,85%). Outras drogas são citadas em 12,7% dos casos analisados.

1.4.3 Situação jurídica

Do total de 965 dossiês de pessoas internadas nos três ECTPs de São Paulo analisados, no que diz respeito à situação processual, observou-se que **91,92%** das pessoas estão em medida de segurança de internação (887 casos); **0,82%** estão em condição de internação provisória, sendo 0,41% aguardando a realização do exame de sanidade mental e 0,41% com laudo de sanidade mental, aguardando a decisão judicial; **3,73%** já receberam decisão judicial de desinternação, porém, continuam internadas no ECTP (36 casos);

e 0,52% estão com medida de segurança extinta, mas permanecem internadas. Apenas 0,62% estão em tratamento de saúde mental enquanto cumprem suas penas (6 casos).

Constata-se uma pequena redução (aproximadamente 6%) dos casos em medida de segurança de internação, em comparação com os dados do Censo de 2011 (Diniz, 2013), que registraram 941 pessoas sob essa condição. Com relação aos casos de pessoas que permanecem internadas, apesar de ter sido decidida sua desinternação, observou-se um aumento significativo, quase de 50%, em comparação com os dados do último Censo mencionado, que registraram 19 casos nessa circunstância.

No que se refere à taxa de reinternação, observa-se 13,38% relativa à nova infração penal e 7,47% relativa ao descumprimento das condições estabelecidas na decisão de desinternação.

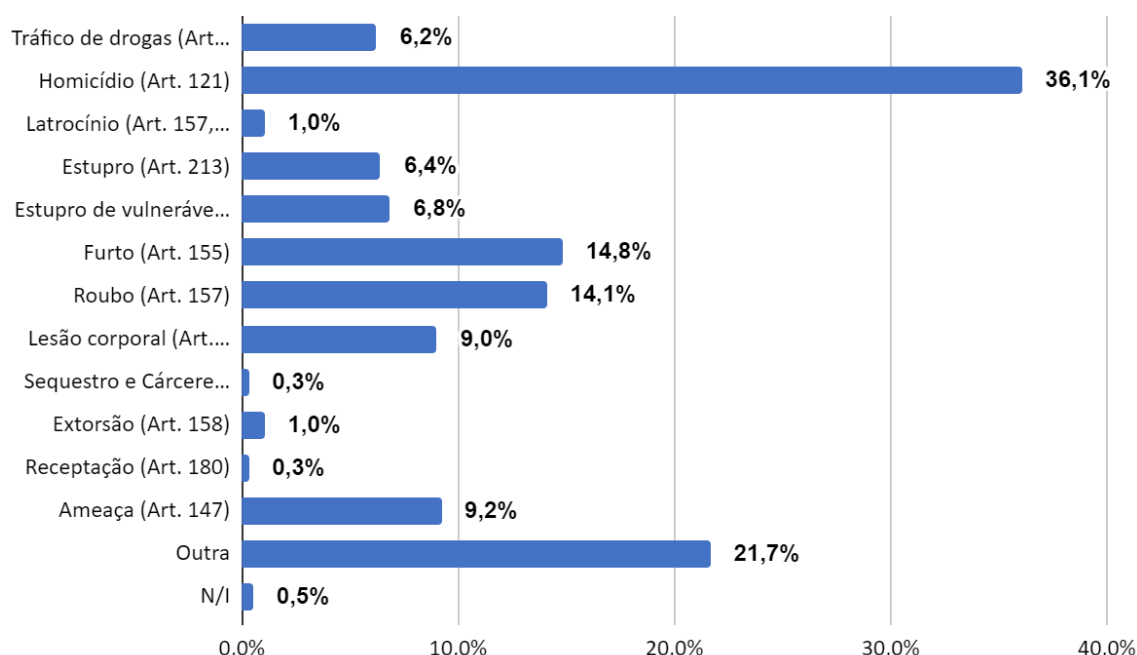
Os dados processuais também revelam uma taxa significativa de conversão de pena em medida de segurança, totalizando 13,26% dos casos. É essencial destacar o impacto do encarceramento na saúde mental, especialmente para as populações mais vulneráveis, sujeitas às condições degradantes das prisões brasileiras.

Em relação à infração penal (considerando o preenchimento que permite registrar mais de uma infração), os principais registros referem-se a: i) art. 121 – homicídio (36,1%), com 348 casos, sendo que 142 deles (14,72%) foram na forma tentada; ii) art. 155 e 157 – furto e roubo, respectivamente, 143 (14,8%) e 136 (14,1%) casos; iii) art. 147 – ameaça, 89 casos (9,2%); iv) art. 129 – lesão corporal, com 87 casos (9%); v) art. 213 e 217-A – estupro e estupro de vulnerável, respectivamente, 62 (6,4%) e 66 (6,8%) e vi) art. 33 – tráfico de drogas (Lei n. 11.343/2006), com 60 casos (6,2%).

Entre outras infrações registradas (209), que somam 21,7% dos casos, destacam-se os artigos: i) art. 163 – dano (2,38%); ii) art. 24-A (Lei n. 11.340/2006) – descumprimento de medidas protetivas (1,76%); iii) art. 329 – resistência (1,66%); e iv) art. 150 – violação de domicílio (1,55%). Registre-se a quantidade de outros delitos descritos no Título VI do Código Penal, que trata dos crimes contra a dignidade sexual: além dos casos de estupro e estupro de vulnerável, como mencionado acima, há ocorrências de importunação sexual – art. 215-A, CP, com 11 casos (1,14%), ato obsceno – art. 233, CP, com sete casos (0,73%), e, ainda, de crime previsto no art. 214 – atentado violento ao pudor²⁰, com 11 casos (1,14%).

20. Cabe esclarecer que a Lei n. 12.015/2009 revogou o art. 214 do Código Penal, que tratava do atentado violento ao pudor, incorporando essa conduta ao art. 213 do CP, que, desde então, engloba tanto a conjunção carnal quanto atos libidinosos diversos, cominando idêntica pena. Nesse caso, é preciso atentar se tal enquadramento legal refere-se aos crimes cometidos antes dessa alteração legislativa ou se as decisões fizeram a classificação penal da conduta de forma errônea, caso o crime tenha sido cometido após a modificação mencionada.

Gráfico 23 – Infrações penais dos internos dos ECTPs – SP

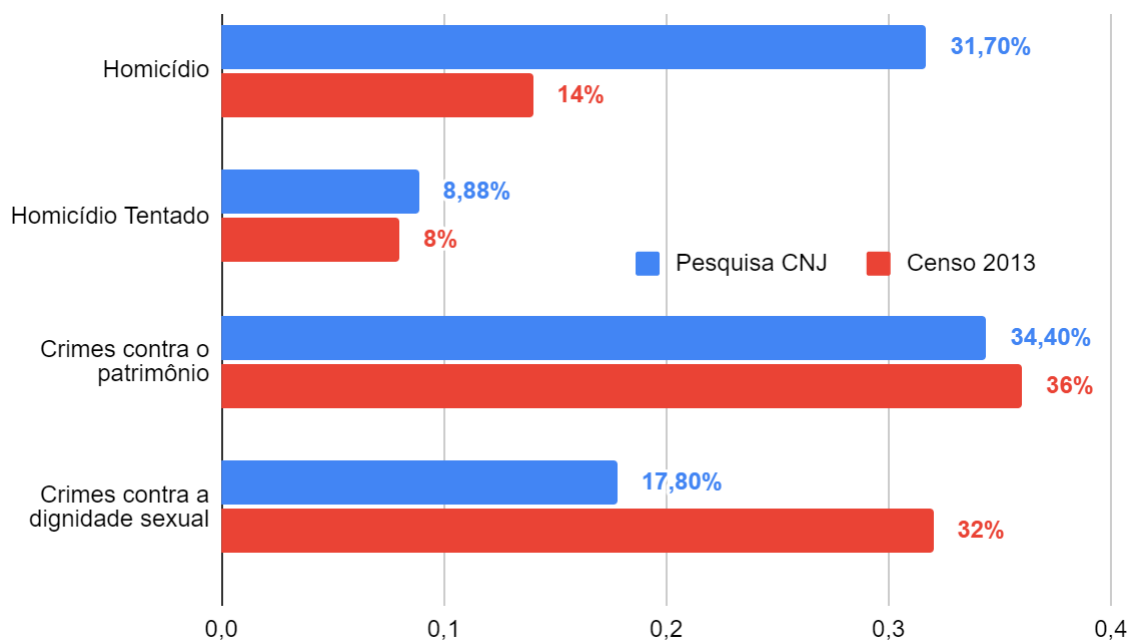


Fonte: elaboração própria.

Os dados sobre infrações penais apresentados pelo Censo de 2011 (Diniz, 2013) levaram em conta apenas as pessoas que tiveram medida de segurança decretada, excluindo aquelas internadas provisória ou temporariamente. Além disso, a pesquisa apresentou os dados relativos a cada um dos Hospitais de Custódia de São Paulo, e não ao Estado como um todo. Assim, para tecer comparações com o Censo, é preciso, além de considerar apenas as pessoas que efetivamente cumprem medida de segurança, olhar para os dados de cada uma das unidades separadamente.

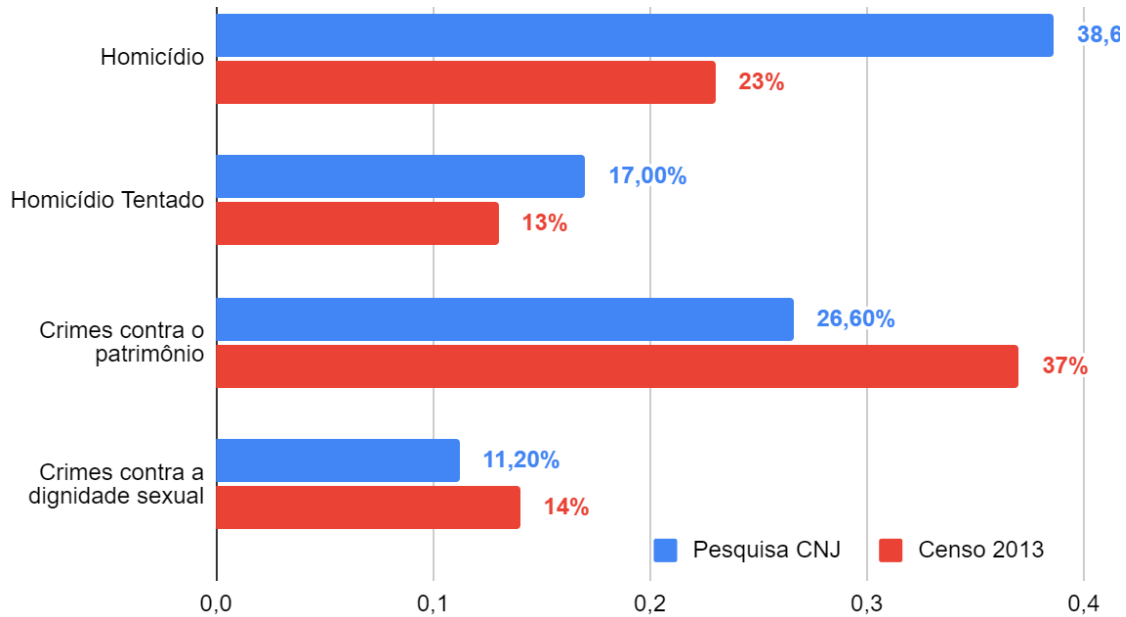
Aplicando esse recorte aos dados de 2024, observa-se que 35,87% das pessoas que cumprem medida de segurança em São Paulo foram acusadas de homicídio, sendo 14% destes casos, tentativas de homicídio. O Censo anterior também apontava para uma prevalência de crimes de homicídio nas três unidades pesquisadas: 14% no HCTP de Taubaté, 23% no HCTP I de Franco da Rocha e 21% no HCTP II de Franco da Rocha, além de 8%, 13% e 19% de homicídios tentados, respectivamente. Os crimes contra o patrimônio somavam 36%, 37% e 42% nas referidas unidades, respectivamente. Já os crimes contra a dignidade sexual registravam 32%, 14% e 3%, respectivamente. Nota-se, portanto, um ligeiro aumento na taxa de homicídio e uma importante diminuição dos crimes contra o patrimônio.

Gráfico 24 – Infrações população em medida de segurança – HCTP de Taubaté



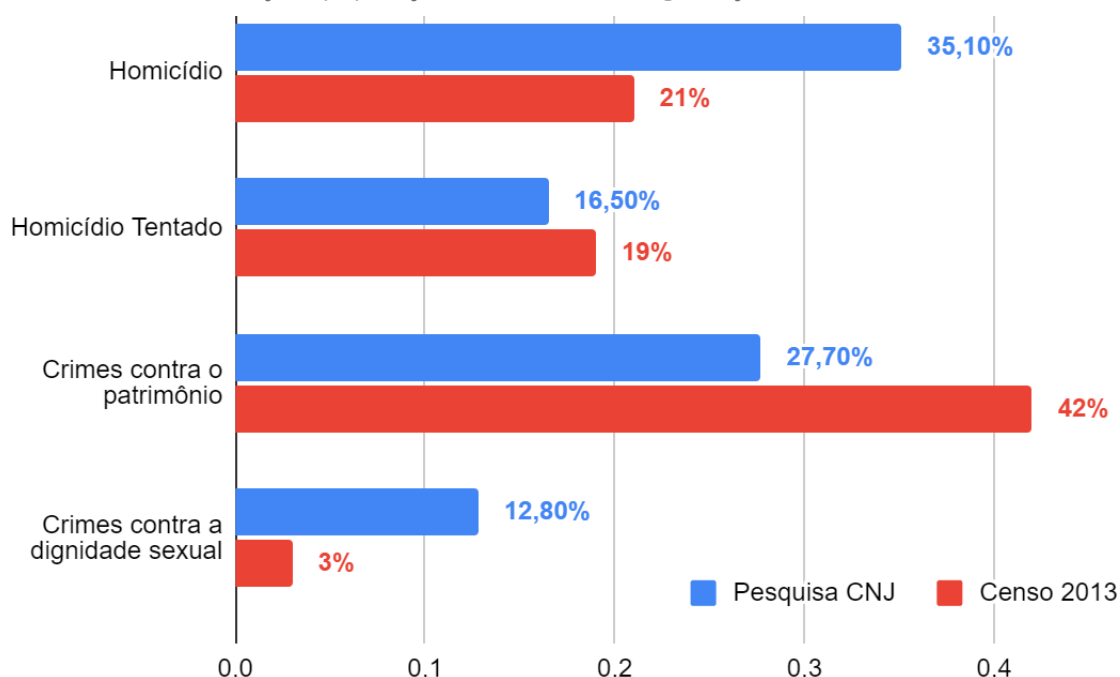
Fonte: elaboração própria.

Gráfico 25 – Infrações população em medida de segurança – HCTP I de Franco da Rocha



Fonte: elaboração própria.

Gráfico 26 – Infrações população em medida de segurança – HCTP II de Franco da Rocha



Fonte: elaboração própria.

Em 29,64% dos casos, a infração penal foi cometida contra um membro da família, enquanto 4,87% ocorreram contra o cônjuge. A maioria das infrações (68,91%) foi perpetrada contra pessoas que não possuíam laços familiares. Por outro lado, a grande maioria das infrações (93,78%) não envolveu o cônjuge ou companheiro(a). Esses dados apontam para um volume significativo de atos cometidos dentro do contexto familiar, representando mais de 30% dos casos analisados.

Na grande maioria das situações (88,92%), o prazo mínimo de internação estipulado na sentença varia entre um e três anos, com a maior parte determinando o prazo mínimo de um ano (57,41%), seguida do prazo de três anos (17,62%) e de dois anos (13,89%). É importante mencionar que cinco pessoas têm uma sentença que determina mais de três anos, enquanto outras 44 possuem uma sentença de tempo indeterminado, ou seja, sem identificar o prazo mínimo de um a três anos, conforme prevê o Código Penal (art. 97, § 1.º).

Quanto ao tempo de duração da internação, observa-se que 33,33% das pessoas internadas nos ECTPs de São Paulo estão lá entre três e 10 anos, enquanto 32,06% têm uma estadia de um a três anos e cerca de 30,05% estão há menos de um ano. Há o registro de 43 pessoas (4,55%) que estão na instituição há mais de 11 anos, indicando internações prolongadas, das quais sete estão há mais de 20 anos.

Apenas quatro pessoas estão registradas como internadas provisoriamente, sem decisão judicial, com tempos distribuídos entre um e três anos (75%) e entre um e três meses (25%). Isso evidencia que os ECTPs de São Paulo são principalmente utilizados para a internação de pessoas que já têm uma guia de internação.

Apesar da indicação de cessação de periculosidade, que deveria influenciar a decisão judicial de desinternação e subsequente liberação da unidade, quatro pessoas ainda permanecem internadas há mais de um ano.

O intervalo de tempo decorrido entre a conclusão do EVCP e a decisão de desinternação foi identificado em diferentes intervalos: menos de um mês, em 16 casos; de um a três meses, em 17 casos; de três a cinco meses, em 13 casos; de cinco meses a um ano, em cinco casos; e mais de um ano, em um caso. Esses dados indicam que, na maioria dos casos, não há uma demora significativa para que a decisão judicial sobre a desinternação seja prolatada.

Outra informação importante é que 63 pessoas continuam internadas mesmo após receberem a decisão de desinternação. Isso equivale a 6,5% do total de pessoas internadas em São Paulo. Dessas, 16 estão há mais de cinco anos, 30 estão entre dois e cinco anos; e cinco estão há menos de um ano.

Tabela 25 – Tempo total de internação – SP

Há quanto tempo a pessoa está internada? (anos)	Frequência	%
Menos de 1 ano	284	30,05%
De 1 a 3 anos	303	32,06%
De 3 a 10 anos	315	33,33%
De 11 a 15 anos	27	2,86%
De 16 a 20 anos	9	0,95%
De 21 a 25 anos	5	0,53%
De 26 a 30 anos	2	0,21%
Total geral	945	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 26 – Tempos de internação provisória sem decisão judicial (meses/anos) – SP

Há quanto tempo a pessoa está provisoriamente internada, sem decisão judicial?	Frequência	%
De 1 a 3 meses	1	25%
De 1 a 3 anos	3	75%
Total geral	4	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 27 – Tempo de internação após decisão de desinternação (meses/anos) – SP

Há quanto tempo a pessoa é mantida internada depois de receber uma decisão de desinternação?	Frequência	%
Menos de 3 meses	3	4,76%
De 3 a 6 meses	1	1,59%
De 6 a 12 meses	2	3,17%
De 1 a 2 anos	11	17,46%
De 2 a 3 anos	12	19,05%
De 3 a 4 anos	11	17,46%
De 4 a 5 anos	7	11,11%
Mais de 5 anos	16	25,4%
Total geral	63	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 28 – Tempo de internação após indicação de cessação de periculosidade (meses/anos) – SP

Há quanto tempo a pessoa é mantida internada após a indicação de cessação de periculosidade?	Frequência	%
Menos de 1 mês	12	18,18%
De 1 a 3 meses	28	42,42%
De 3 a 5 meses	11	16,67%
De 5 meses a 1 ano	11	16,67%
Mais de 1 ano	4	6,06%
Total geral	66	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 29 – Tempo de espera entre EVCP e decisão de desinternação (meses) – SP

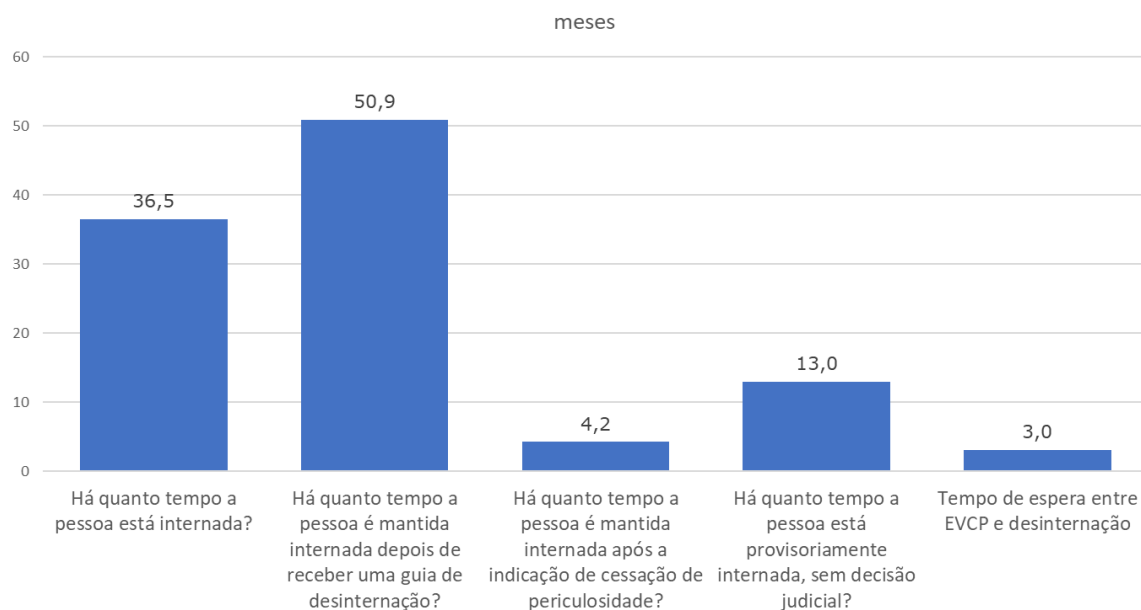
Tempo de espera entre EVCP e desinternação	Frequência	%
Menos de 1 mês	16	30,77%
De 1 a 3 meses	17	32,69%
De 3 a 5 meses	13	25%
De 5 meses a 1 ano	5	9,62%
Mais de 1 ano	1	1,92%
Total geral	52	100%

Fonte: elaboração própria.

É relevante destacar que em relação à implantação de uma equipe conectora, como a EAP, o estado de São Paulo não adotou esse serviço, o que pode dificultar os processos de desinstitucionalização e atrasar os fluxos processuais. Embora uma série de pesquisas sobre os Hospitais de Custódia de São Paulo tenha apontado a presença de discursos sobre a atuação de EAPs no estado (Barros, 2018; Lhacer, 2019; Antunes, 2020), não há, até a finalização desta pesquisa, declarações ou documentos públicos que comprovem a sua implantação ou habilitação.

Elaborou-se graficamente uma comparação dos diferentes tempos no interior das instituições, a partir da média de meses aferida. Identificou-se que, em média, as pessoas ficam **13 meses internadas provisoriamente sem decisão judicial**; 4,2 meses internadas depois de ter recebido um laudo de cessação de periculosidade; três meses entre a conclusão do EVCP e a decisão de desinternação; e **50,9 meses internadas depois de receber uma decisão de desinternação**. É relevante salientar que, considerando toda a população internada, em diversas situações processuais, o tempo médio de permanência na instituição é de 36,5 meses.

Gráfico 27 – Médias de tempo relacionadas à internação e desinternação (meses) – SP



Fonte: elaboração própria.

Chama atenção a frequência com que são feitos os Exames de Verificação de Cessação de Periculosidade (EVCP) nas três unidades de São Paulo – em média um a cada seis meses ou um ano, respondendo ao tempo processual –, diferentemente de outros estados em que as pessoas internadas aguardam por longos períodos até que a perícia seja realizada. Isso se evidencia quando se verifica, em comparação aos demais estados, que os EVCPs foram realizados em 68,19% dos casos. Dentro desse grupo, 26,14% foram realizados uma vez, 16,26% duas vezes e 17,48% três vezes. É notável que em alguns casos esse exame foi realizado até 12 vezes (1,52%), enquanto em 2,87% das situações ele ocorreu mais de 12 vezes, com um caso documentado de 23 EVCPs, evidenciando a frequência com que são feitos esses exames, inclusive em casos de longa internação. Dos laudos elaborados, **em 81,76% não houve indicação de cessação periculosidade**, enquanto em 18,24% houve parecer favorável à cessação de periculosidade. Esse cenário é consistente com aquele encontrado no Censo de 2011 (Diniz, 2013), que exhibe números bastante semelhantes a esses.

Para verificar quais os motivos alegados para a cessação ou não da periculosidade foram elaboradas questões de múltiplas escolhas cujos resultados estão descritos a seguir. Considerando a possibilidade de múltipla escolha, entre os casos de situações favoráveis à desinternação/cessação de periculosidade (120 casos), os principais motivos alegados são: cessação de periculosidade/risco de reincidência criminal (82,5%); avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva favorável (49,17%) e existência de vínculo familiar (17,5%). Entre outros motivos destacados, apareceu a descrição “desinternação progressiva”. Já em relação aos motivos alegados para manutenção da internação, os principais motivos descritos no EVCP referem-se à periculosidade/risco de reincidência criminal (84,94%); à avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva desfavorável (36,8%); à fragilidade ou ausência de vínculo familiar (10,59% e 10,22%, respectivamente) e, ainda, ao risco de uso abusivo de substâncias psicoativas (8,55%).

Em relação à produção de avaliação diversa do EVCP, isso foi registrado em 37,97% dos casos. Entre os(as) profissionais responsáveis por essas avaliações destaca-se, sobretudo, a Equipe Multidisciplinar do ECTP (97,54%). Entre os motivos citados nessas avaliações para manutenção da internação incluem-se: avaliação psicossocial/psiquiátrica/comportamental/ cognitiva desfavorável (38,25%); periculosidade/risco de reincidência criminal (30,6%); e fragilidade ou ausência do vínculo familiar (15,03% e 10,38%, respectivamente). Outro motivo destacado foi a descrição “deve cumprir as metas estabelecidas no PTS”²¹ que foi frequentemente mencionada.

É notável que, entre os motivos apresentados nessas avaliações, a periculosidade e o risco de reincidência criminal continuam a ser argumentos centrais. Embora esse motivo seja menos frequente do que nos exames psiquiátricos, é preocupante identificar esse tipo de argumento, especialmente considerando que as equipes multiprofissionais, geralmente, baseiam suas conclusões em outros critérios, principalmente no campo psicossocial, seguindo os princípios mais contemporâneos da reforma psiquiátrica brasileira. Estes princípios enfatizam o cuidado e a atenção em saúde mental à pessoa com transtorno mental como elementos centrais, em detrimento de considerações que vinculam o transtorno mental à suposta periculosidade.

Já entre os motivos alegados em tais avaliações para a desinternação, destacam-se: avaliação psicossocial/psiquiátrica/comportamental/cognitiva favorável (15,03%); cessação de periculosidade/risco de reincidência (10,11%); e existência de vínculo familiar (5,46%). E entre os outros motivos elencados, observou-se a possibilidade de encaminhamento ao Serviço Residencial Terapêutico, a desinternação progressiva, o longo período de internação e o cumprimento das metas estabelecidas no PTS.

A decisão judicial para desinternação já foi proferida para 66 pessoas (6,86%) atualmente internadas. O principal motivo alegado para desinternação refere-se à cessação de periculosidade/risco de reincidência (71,21%), seguido da avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva favorável (37,88%); coincidindo com o relatório do EVCP. Já na avaliação multidisciplinar encaminhada, observa-se uma incidência menor desses motivos e uma inversão na sua ordem de maior incidência, o que denota que, em geral, o judiciário segue as manifestações constantes nos EVCPs. Corrobora com este dado a quantidade expressiva de decisões judiciais pela não desinternação (48,7%).

Entre os principais motivos alegados para a não desinternação, estão: periculosidade/risco de reincidência criminal (73,77%) e avaliação psiquiátrica/ comportamental/ cognitiva desfavorável (45,42%), coincidindo com os indicados pelos exames psiquiátricos.

Assim como no Censo de 2011, verifica-se nos HCTPs do estado de São Paulo uma população, em sua maioria, em medida de segurança de internação (91,92%). No Censo de 2011, as principais infrações penais referiam-se a crimes contra o patrimônio, homicídio e crimes contra a dignidade sexual, o que permanece nesta pesquisa de 2024, porém, com maior prevalência dos casos de homicídio (somados os consumados e tentados). Naquele

21. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) emerge como ferramenta interdisciplinar essencial no âmbito da saúde, particularmente nos serviços voltados à saúde mental. Seu objetivo é possibilitar a participação ativa, a reinserção e a autonomia das pessoas com transtorno mental, assegurando que as suas necessidades sejam contempladas de forma singular e personalizada. Progressivamente, tem-se tornado fundamental nos esforços de desinstitucionalização das pessoas egressas de internações em ECTPs, visando à construção de um projeto de vida (Kemper, 2022).

registro de 2011, 19 pessoas tiveram decisão de desinternação proferida e permaneciam internadas (Diniz, 2013). Neste, o número é de 36 pessoas. Além disso, há cinco pessoas com a medida de segurança extinta que continuam internadas nos HCTPs de São Paulo.

1.5 Rio Grande do Sul: Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso

Tabela 30 – Dados gerais Instituto Psiquiátrico Forense – RS

DADOS GERAIS	
DATA DE INAUGURAÇÃO	04/10/1925
VÍNCULO INSTITUCIONAL	SUSEPE e SSPS ²²
POPULAÇÃO INTERNADA	172 (TOTAL); 160 (M); 11 (F); 1 (OUTRO)
RAÇA/ETNIA	57 (PP); 103 (B); 11 (N/I)
INTERNAÇÃO PROVISÓRIA OU SEM SENTENÇA	17
MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO	148
MEDIDA DE TRATAMENTO AMBULATORIAL EM ECTP	1
MEDIDA COM DECISÃO DE DESINTERNAÇÃO OU EXTINÇÃO	4
PRISÃO PROVISÓRIA EM ECTP	0
CUMPRIMENTO DE PENA EM ECTP	2

Fonte: elaboração própria.

1.5.1 Perfil sociodemográfico

De acordo com os dados coletados no IPFMC, no Rio Grande do Sul, observa-se população de 172 internos(as). Em comparação com a população de 2011, que contava com 279 pessoas (Diniz, 2013), o estado teve redução de 38% na população internada compulsoriamente.

Na última década, o HCTP contou com algumas iniciativas de desinternação e desinstitucionalização. Segundo informações da instituição, a Equipe Psicossocial trabalhou com o objetivo de reduzir o contingente de internos(as), especialmente nos últimos 20 anos, ainda que a redução não seja tão relevante se for considerada a extensão temporal (aproximadamente sete por ano).

Além disso, a parceria com UFRGS por meio do Programa Des'medida – Saúde Mental e Direitos Humanos: Por um acompanhar na Rede, iniciada em 2014 e finalizada em 2017, teve o objetivo de apoiar processos de desinstitucionalização e inserção desses(as) pacientes judiciários(as) em serviços da RAPS de seus territórios de origem/vínculo. Após o encerramento da atuação do Programa, o IPFMC não teve outra parceria ou articulação com instituições visando a desinstitucionalização.

Outro fator que influenciou na diminuição das internações foi a pandemia de covid-19, que impediu completamente a saída dos(as) internos(as) em Alta Progressiva e da entrada de visitantes, assim, interferindo nos processos de vinculação à RAPS e às

22. Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe) e Secretaria de Sistemas Penal e Socioeducativo (SSPS).

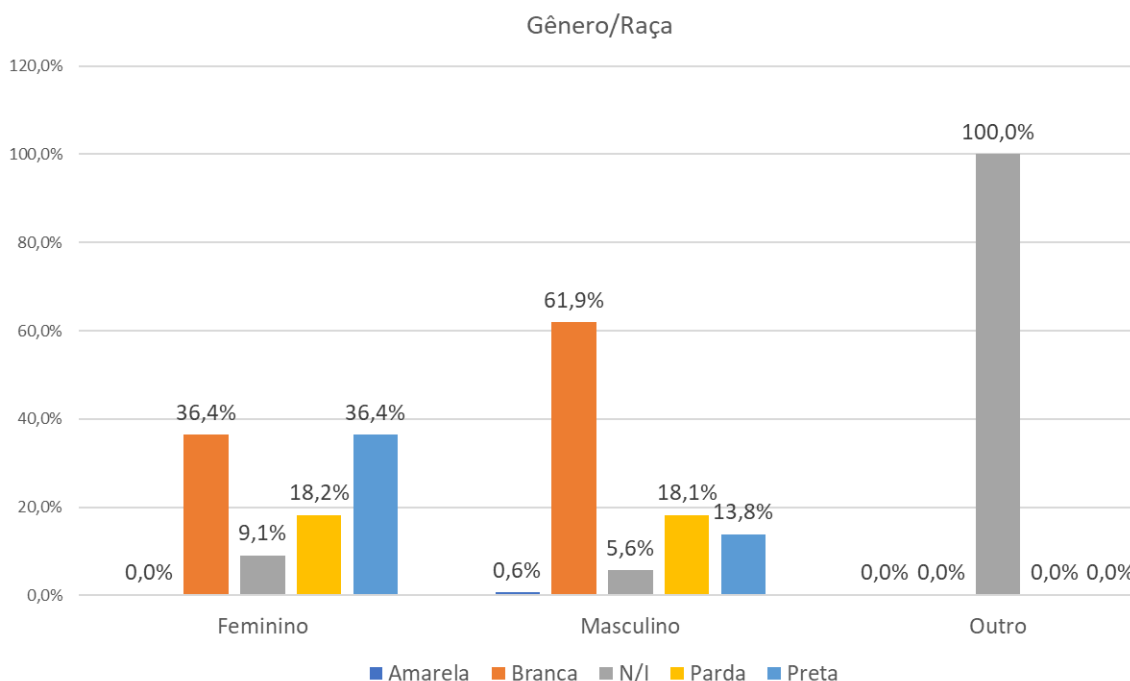
famílias, de realização de perícias para a concessão de benefícios sociais e, por conseguinte, diminuindo o ritmo e o número de desinternações.

No que diz respeito à nacionalidade da população internada, o estado apresenta pequena parcela de pessoas migrantes, que corresponde a 1,16%. Além disso, apenas duas pessoas são provenientes do estado de Santa Catarina, sendo as demais oriundas do próprio Rio Grande do Sul.

A análise do sexo/gênero da população internada destaca predominância masculina, com 93,02% da população internada, e 6,4% do sexo feminino. Uma peculiaridade observada no Rio Grande do Sul é a presença da categoria “outro”, representando 0,58% da população internada. Este caso singular envolve um(a) interno(a) identificado(a) com ambos os sexos – feminino e masculino – e que passou por diferentes alocações, inicialmente, na unidade masculina, posteriormente, na feminina, e, por fim, retornou à unidade masculina. Esta pessoa é mantida isolada devido à falta de autoidentificação completa com qualquer um dos sexos/gêneros.

Quando se considera a caracterização racial/étnica da população internada no IPFMC, a maioria é identificada como branca, com 59,88%, enquanto pardos e pretos somam 33,14%. Ainda, há uma pessoa identificada como amarela, representando 0,58% da população internada. A maior porcentagem de brancos no Rio Grande do Sul está relacionada à composição racial/étnica do estado, em que 78,4% da população gaúcha se declara como branca e 21,2% como preta e parda (IBGE, 2023). Ainda assim, observa-se sobrerrepresentação da população negra (preta e parda) no Instituto Psiquiátrico Forense, quando comparada com os dados totais do estado.

Gráfico 28 – Gênero/Raça da população interna do IPF – RS



Fonte: elaboração própria.

Em relação às faixas etárias da população internada, observa-se uma predominância de pessoas entre 30 e 49 anos de idade (64,53%), enquanto 22,09% têm entre 20 e 29 anos de idade, e 13,37% têm mais de 50 anos de idade.

No que diz respeito ao estado civil das pessoas internadas no IPFMC, a predominância é de pessoas solteiras (80,81%). A parcela de divorciados é de 8,72%, enquanto aquelas em união estável, casadas ou amasiadas compõem 5,82% da população. Além disso, três indivíduos são viúvos e, em cinco casos, a situação conjugal não foi identificada. Em relação à quantidade de filhos dos(as) internos(as), observa-se tendência significativa de ausência de filhos (49,42%). No Rio Grande do Sul, entre aqueles(as) que possuem filhos (23,84%), 17,44% têm um ou dois filhos. Além disso, nos documentos disponíveis, foi constatada alta taxa de não identificação sobre a presença de filhos. Nesses casos, não havia menção de filhos ou a informação “sem prole”, resultante da falta de informações sobre a história do(a) interno(a) e/ou da situação de “abandono familiar”, em que não há contato com familiares. Estas situações podem estar relacionadas à distância entre o HCTP e a cidade de origem.

Em relação à escolaridade das pessoas internadas, indica-se que há predominância de pessoas com ensino fundamental incompleto, representando 55,23% da população. Também há proporção significativa de pessoas não alfabetizadas (7,56%). Quanto aos níveis de conclusão escolar, 10,47% da população possui ensino médio completo. Além disso, pequena parcela de pessoas com ensino superior completo ou incompleto (5,23%) foi observada.

Entre os(as) internos(as), 55,23% tinham registro de experiência laboral anterior, 16,28% não possuíam e em 28,49% dos casos não foi possível identificar. A partir dos registros da presença de experiência laboral, as ocupações dos indivíduos foram enquadradas nas grandes classificações da CBO. Dos 95 casos identificados, as principais ocupações estão distribuídas entre os grupos 5, 6 e 7: i) trabalhadores de bens e serviços industriais (37,89%); ii) trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (25,26%); e iii) agropecuários, florestais e da pesca (18,95%). Apesar dos registros de trabalhos, a proporção registrada de internos(as) que recebiam renda ou salário antes da internação é baixa, de apenas 9,3%. Na maior proporção, não foi identificada essa informação (69,19%).

Com o objetivo de compreender quais são as redes de apoio, de referência e de suporte das pessoas internadas nos ECTPs, um conjunto de questões analisou vínculos com familiares, amigos, vizinhos, curadores e profissionais da assistência social ou da saúde. Nesse aspecto, verificou-se que o maior vínculo é o familiar 72,09%, ainda que a ausência de referência familiar também seja significativa (21,51%).

Quanto à referência prévia de serviços de saúde ou assistenciais, 65,7% dos(as) internos(as) não possuem referência anterior, ou essa referência não foi identificada (25%). Ainda, é notável que apenas 9,3% das referências registradas nos documentos se relacionam a serviços de saúde ou assistenciais. Já as referências de amigos(as) e vizinhos(as) quase não foram identificadas, com presença em apenas 1,74%. A referência de curador dativo está presente em um quinto dos casos no Rio Grande do Sul, totalizando

20,35%. É importante ressaltar que parcela considerável (13,95%) dos casos não teve esse registro identificado.

Para a análise dos dados relativos à presença de documentos de identificação e benefícios sociais, foi solicitada a lista do Serviço Social do estabelecimento, setor responsável pelas diligências quanto ao tema junto aos órgãos competentes. Nessa lista, além dos casos com/sem identificação de benefício, foi considerável a não identificação da informação (16,86%). Parcela significativa, correspondente a 80,81%, contém registros de documentos de identificação pessoal. No entanto, é importante notar que ainda há pequena porcentagem de 2,33% em que não há registro de documentos.

Já acerca de benefícios sociais, a equipe do serviço social e a equipe administrativa realizam busca ativa de solicitação, em alguns casos junto ao curador. Sobre o recebimento de benefícios durante a internação, dos 172 casos, observa-se que parcela significativa recebe algum tipo de benefício social ou previdenciário, totalizando 62,22%. O BPC se destaca como o benefício mais comum, sendo recebido por 37,21% dos(as) internos(as). O Bolsa Família é o segundo benefício mais comum, abrangendo 15,12% do total. Além disso, 6,4% recebem benefício previdenciário no momento da internação. Ainda, há 50 casos (29,07%) em que os(as) internos(as) não recebem nenhum tipo de benefício e 15 casos (8,72%) em que essa informação não foi identificada.

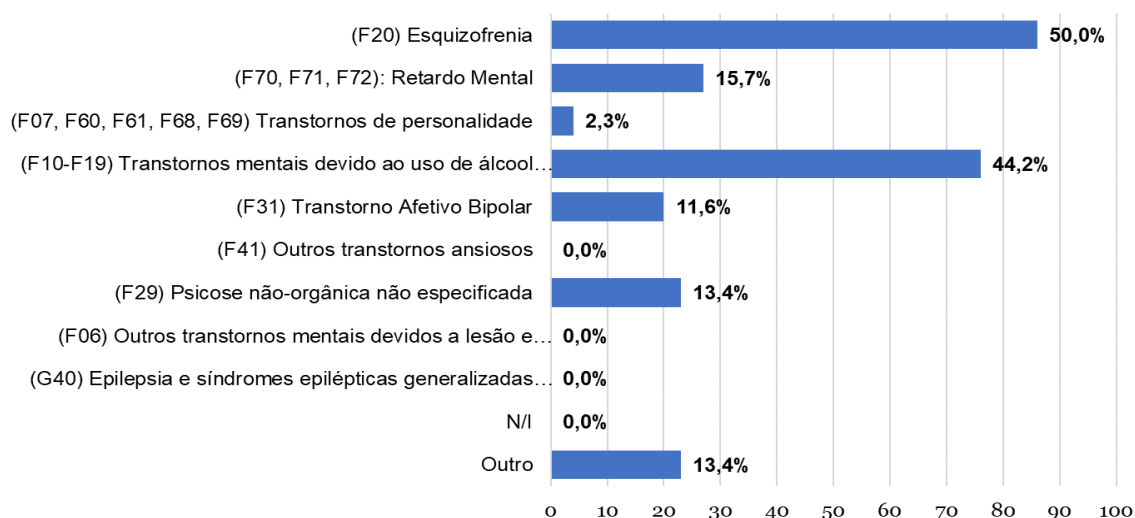
Em relação às condições de internação no IPF do Rio Grande do Sul, das 172 pessoas internadas, três estudam na unidade (1,74%), 166 não estudam (50,91%) e, em três casos, não foi possível identificar essa informação (1,74%). Tendo em conta que, como observado, 55,23% dessa população tem ensino fundamental incompleto e 7,56% sequer são alfabetizadas, destaca-se quase inexistência de atividades de formação educacional na unidade. Contudo, é importante destacar que, no período da coleta de dados, as aulas estavam desativadas devido a motivos de saúde da professora, de modo que não é possível saber se a ausência de registros de atividades educacionais nos dossiês representava uma situação temporária ou constante.

As taxas de atividades laborais na unidade são também pouco expressivas. Apenas 19 pessoas trabalham na unidade (11%), 87 não trabalham (50,58%) e, em 66 casos, não foi possível identificar essa informação (38,37%). Das atividades laborais oferecidas na unidade, a principal é o trabalho na chamada “manutenção” do HCTP, isto é, cortar grama, pintar infraestruturas, trocar lâmpadas, entre outras. Além da manutenção, alguns internos e internas trabalham levando refeições às unidades e entregando papéis para as equipes administrativas e técnicas. O número de pessoas que recebem visitas de familiares na unidade é significativo. Das 172 pessoas internadas, 80 recebem visitas (46,51%) e 92 não recebem (53,49%).

1.5.2 Perfil de saúde mental

Nos prontuários analisados no IPFMC, os CIDs mais identificados nos laudos de sanidade mental referem-se aos descritivos F20 – esquizofrenia (50%), F10-F19 – transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas (44,2%) e retardo mental (15,7%).

Gráfico 29 – Diagnósticos dos internos do IPF – RS



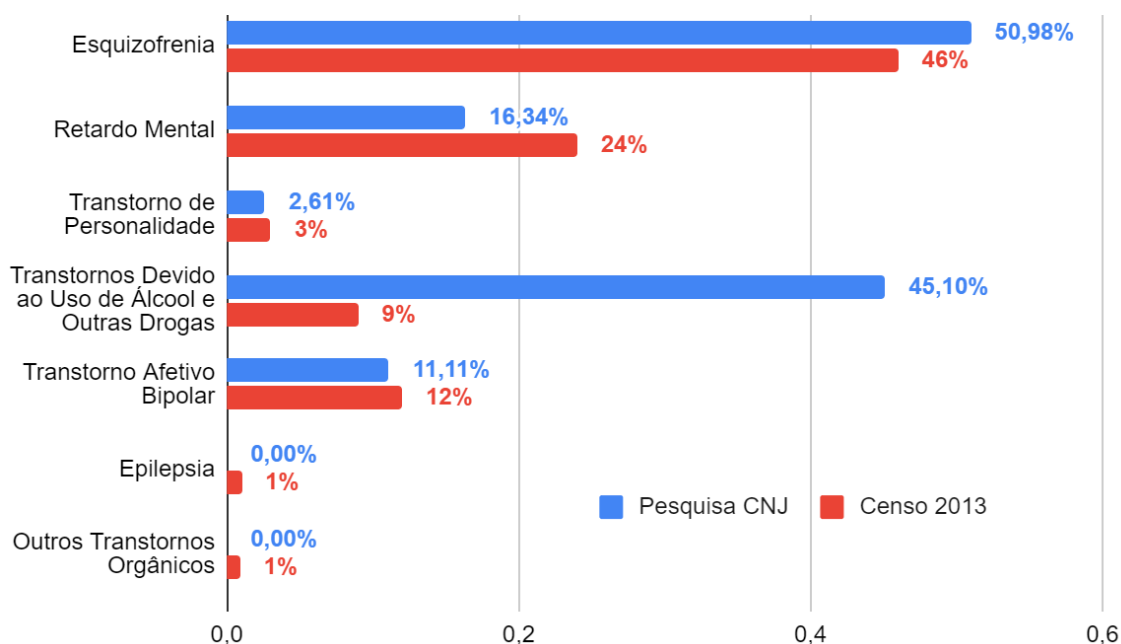
Fonte: elaboração própria.

Os diagnósticos de esquizofrenia e de transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas aparecem sobrepostos em 76,74% dos casos, ou seja, não há substituição, mas conjugação de diagnósticos.

Para análise comparativa entre os índices observados em 2023 e aqueles apresentados pelo Censo de 2011, é preciso fazer recorte analítico, já que o levantamento feito pelo Censo em relação aos diagnósticos psiquiátricos referia-se apenas aos sujeitos que tiveram medida de segurança decretada, excluindo os que se encontravam provisória ou temporariamente na instituição.

Aplicando esse recorte aos dados coletados pela presente pesquisa, observa-se que 50,98% das pessoas que tiveram medida de segurança decretada apresentam CID de esquizofrenia; 45,1% transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas e 16,34%, de retardo mental. Os números relacionados ao diagnóstico de esquizofrenia mantêm-se no mesmo patamar verificado no Censo de 2011, quando representavam 46% dos casos do IPFMC. Já os casos de transtornos mentais relacionados ao uso de drogas tiveram um salto vertiginoso: de 9%, em 2011, para 45,1% em 2023. Em relação aos diagnósticos relativos ao retardo mental, houve uma leve diminuição, de 24%, em 2011, para 16,34% em 2023.

Gráfico 30 – Comparativo de diagnósticos dos internos dos HCTPs – RS no Censo 2011 e em 2024



Fonte: elaboração própria.

Importa destacar que, entre a população internada provisoriamente no IPFMC, esquizofrenia e transtornos mentais relacionados ao uso de drogas têm a mesma porcentagem, contabilizando 35,29% cada. Desse modo, a esquizofrenia é o diagnóstico predominante entre a população geral atualmente internada, enquanto, entre aquelas que se encontra internada provisoriamente, o diagnóstico de esquizofrenia tem índices semelhantes ao de transtornos mentais decorrentes do uso de drogas.

Assim, 63,31% da população do IPFMC tinham registro de passagem em CAPS, 41,01% em hospital psiquiátrico e 20,14% em clínica conveniada ao SUS. Esses dados indicam fluxo significativo entre pessoas internadas no IPFMC, a rede de atenção à saúde mental e instituições psiquiátricas, sugerindo que, também no Rio Grande do Sul, essas instituições se sobrepõem e alcançam, em muitos casos, o mesmo público.

Com relação ao uso de álcool e outras drogas no período imediatamente anterior à internação, apenas em 15,12% dos prontuários havia esse registro, sendo cocaína (46,15%), maconha (42,31%), álcool (38,46%) e *crack* (30,77%) as principais substâncias citadas.

A partir da leitura dos prontuários, pôde-se inferir que apenas 2,91% das internações foram determinadas para tratamento em decorrência do uso de drogas, índice que diverge do significativo percentual de pessoas diagnosticadas com transtornos relacionados ao uso de drogas referido anteriormente.

1.5.3 Situação jurídica

Dos 172 dossiês de pessoas internadas no IPFMC analisados, no que diz respeito à situação processual, observou-se que **86,05%** das pessoas estão em medida de segurança de internação (148 casos); **9,88%** estão em condição de internação provisória,

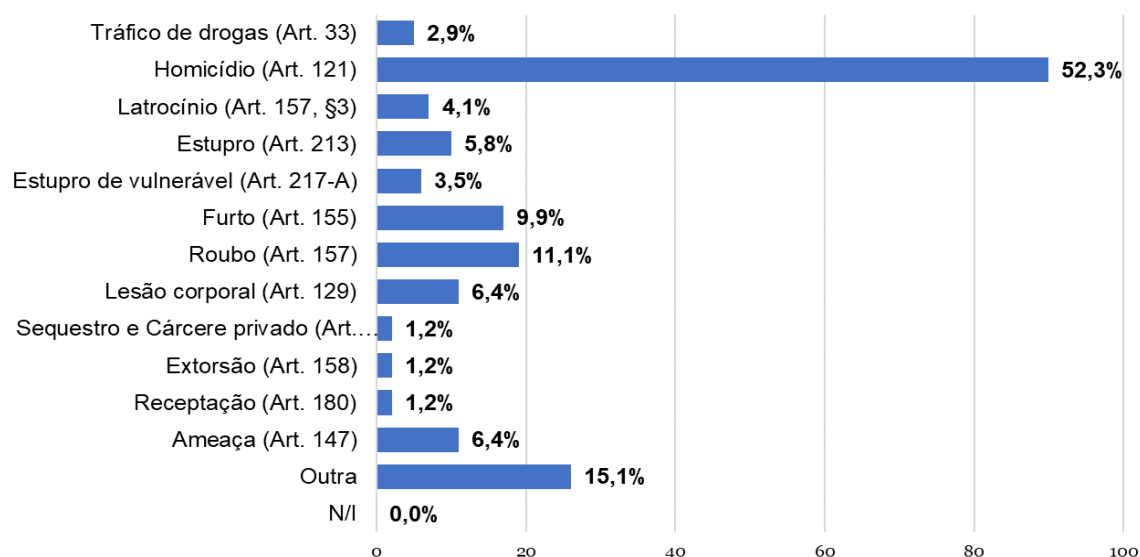
com laudo de sanidade mental, aguardando decisão judicial; e **2,33%** estão com medida de segurança extinta, mas permanecem internadas. Apenas **1,16%** estão em tratamento de saúde mental enquanto cumprem suas penas. Consta-se redução considerável dos casos em medida de segurança de internação, em comparação com os dados do Censo de 2011, que registraram 198 indivíduos sob essa condição (Diniz, 2013).

No que se refere à reinternação, esta ocorreu em 19,77% em razão de nova infração penal, e em 4,07% por descumprimento das condições definidas na decisão de desinternação.

Os dados processuais demonstram também índice importante de conversão de pena em medida de segurança, 20,93% dos casos. Daí a importância, como dito anteriormente, de notar o impacto do processo de encarceramento na saúde mental das pessoas internadas.

Em relação à infração penal (considerando o preenchimento que permite registrar mais de uma infração), os principais registros referem-se a: i) art. 121 – homicídio (52,3%), com 90 casos, sendo que 43 deles (25%) foram na forma tentada; ii) art. 157 e 155 – roubo e furto, respectivamente, 19 (11,05%) e 17 (9,88%) casos; e iii) art. 129 e art. 147 – lesão corporal e ameaça, com 11 casos cada (6,4%). Entre outras infrações registradas (26), destacam-se os artigos: i) art. 21 da Lei de Contravenções Penais – vias de fato (3,49%); ii) art. 250 – incêndio (2,33%); iii) art. 215-A – importunação sexual (1,74%); e iv) art. 329 – resistência (1,74%). É importante mencionar que há um caso específico de revogação de um artigo de infração penal, o artigo 65 da Lei das Contravenções Penais.²³

Gráfico 31 – Infrações penais dos internos do IPF – RS



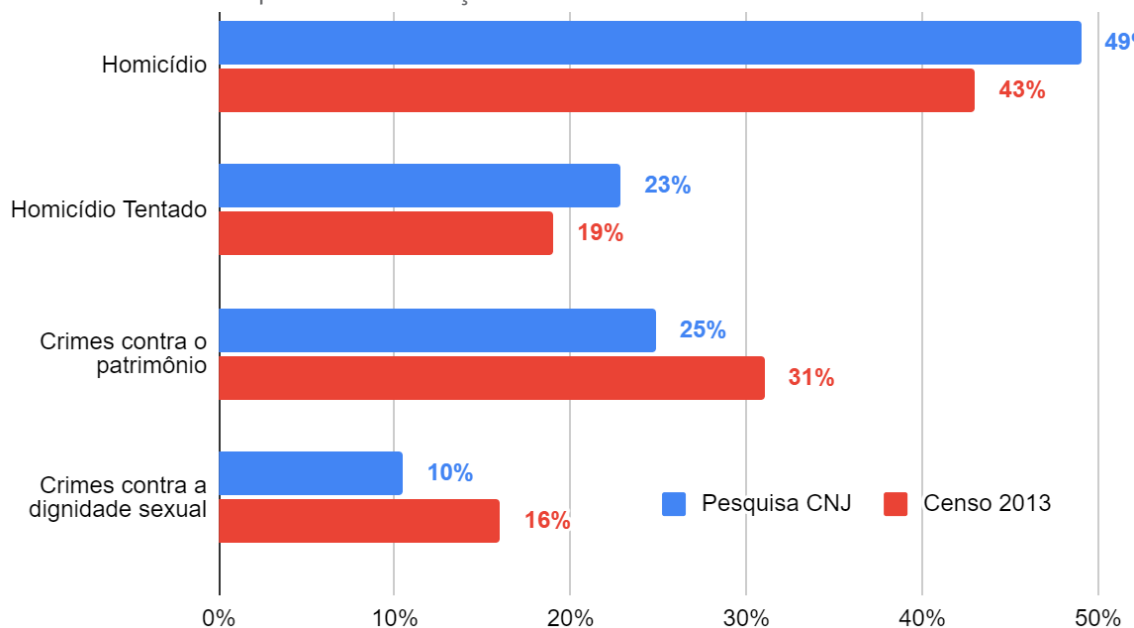
Fonte: elaboração própria.

Assim como aconteceu em relação aos diagnósticos psiquiátricos, os dados sobre infrações penais apresentados pelo Censo de 2011 (Diniz, 2013) levaram em conta apenas as pessoas que tiveram medida de segurança decretada, excluindo aquelas internadas

23. Tendo em vista que tal artigo foi revogado no ano de 2021, é possível que a infração tenha sido cometida em momento de vigência da mencionada lei, já que a coleta dos dados foi realizada em 2023.

provisória ou temporariamente. Aplicando esse recorte aos dados de 2023, observa-se que 49% das pessoas que cumprem medida de segurança no IPFMC foram acusadas de homicídio, sendo 22,88% destes casos tentativas de homicídio; 24,84% de crimes contra o patrimônio e 10,46% de crimes contra a dignidade sexual. O Censo de 2011 também apontava para prevalência de crimes de homicídio (43%), sendo 19% deles tentados. Os crimes contra o patrimônio somavam 31% do total e os crimes contra a dignidade sexual, 16%. Nota-se, portanto, ligeiro aumento nas taxas de homicídio e leve diminuição dos crimes contra o patrimônio e contra a dignidade sexual.

Gráfico 32 – Comparativo de infrações dos HCTPs – RS no Censo 2011 e em 2024



Fonte: elaboração própria.

Em 40,12% dos casos, a infração penal foi cometida contra um membro da família, enquanto, em 6,98%, foi direcionada ao cônjuge. Isso implica que a maioria das infrações (58,14%) foi perpetrada contra pessoas fora do núcleo familiar, e a vasta maioria (91,28%) não envolveu o cônjuge ou companheiro. Ainda assim, esses dados evidenciam proporção significativa de atos cometidos dentro do contexto familiar, representando mais de 40% dos casos analisados. Esse é um fator que tem impacto considerável na reintegração das pessoas internadas com suas famílias, dificultando a manutenção das condições para o cuidado em liberdade.

Na grande maioria das situações (74,43%), o prazo mínimo de internação estipulado na sentença varia entre um e três anos: um ano em 36,05% dos casos, três anos em 23,26% e dois anos em 15,12%. É relevante mencionar que três pessoas têm uma sentença que determina mais de três anos, enquanto outras três possuem uma sentença de tempo indeterminado, ou seja, sem identificar o prazo mínimo de um a três anos, conforme previsão do CP (art. 97, § 1.º).

Pode-se afirmar que aproximadamente metade das pessoas internadas no IPFMC (53,38%) estão lá entre três e dez anos. Enquanto outra parcela significativa (39,19%) tem

uma estadia de um a três anos. Há também sete pessoas que estão na instituição há mais de 11 anos, caracterizando internações prolongadas.

Observa-se que, embora a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul tenha como uma de suas ações destacadas a desinstitucionalização das pessoas com histórico de longa permanência em hospitais psiquiátricos, aparentemente, essa ação não é considerada *prioridade* para as pessoas que estão internadas no IPFMC.

Das 10 pessoas internadas provisoriamente, sem decisão judicial, os tempos se distribuem entre um e três anos (80%); e entre cinco meses e um ano (20%).

Após a indicação de cessação de periculosidade, que deveria incidir na decisão judicial de desinternação e na consequente saída da unidade, uma pessoa permanece internada há mais de um ano.

Sobre o tempo decorrido entre a conclusão do EVCP e a decisão de desinternação, este foi identificado nos seguintes intervalos: cinco meses a um ano, em um caso; e mais de um ano, em dois casos.

Outro dado relevante é que seis pessoas seguem internadas após receberem a decisão de desinternação. Três delas há mais de cinco anos, duas entre dois e cinco anos; e uma há menos de três meses. Quatro desses casos aguardam vaga em SRT e uma aguarda sentença de outro processo.

Tabela 31 – Tempos de internação provisória sem decisão judicial (meses/anos) – RS

Há quanto tempo a pessoa está provisoriamente internada, sem decisão judicial? (anos)	Frequência	%
De 5 meses a 1 ano	2	20%
De 1 a 3 anos	8	80%
Total geral	10	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 32 – Tempo de internação após indicação de cessação de periculosidade (meses/anos) – RS

Há quanto tempo a pessoa é mantida internada após a indicação de cessação de periculosidade? (meses)	Frequência	%
Mais de 1 ano	1	100%
Total geral	1	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 33 – Tempo de internação após decisão de desinternação (anos) – RS

Há quanto tempo a pessoa é mantida internada depois de receber uma decisão de desinternação? (anos)	Frequência	%
Menos de 3 meses	1	16,67%
De 2 a 3 anos	1	16,67%
De 4 a 5 anos	1	16,67%
Mais de 5 anos	3	50%
Total geral	6	100%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 34 – Tempo de espera entre EVCP e decisão de desinternação (meses) – RS

Tempo de espera entre EVCP e decisão de desinternação (meses)	Frequência	%
De 5 meses a 1 ano	1	33,33%
Mais de 1 ano	2	66,67%
Total geral	3	100%

Fonte: elaboração própria.

Observa-se que o estado conta com ampla rede de atenção em saúde mental, conforme dados constantes no Portal do Governo do Estado.²⁴ Na composição da RAPS instituída no Rio Grande do Sul, registra-se a existência de 206 CAPS e 46 SRT, entre outros serviços. Apesar desse quantitativo, chama a atenção a permanência no IPFMC de seis pessoas com decisão de desinternação, o que demanda investigação específica.

Constam ainda, no referido Portal, informações de que o Rio Grande do Sul possui, desde 2006, cofinanciamento estadual, que é complementar ao federal. O aumento do incentivo estadual, em 2011, foi um dos principais responsáveis pelo crescimento do número de Equipes de Atenção Básica prisional, que passaram de oito, em 2010, para 36, em 2016, atingindo cobertura de, aproximadamente, 70% da população prisional em regime fechado. A municipalização da assistência à saúde da população prisional, no âmbito da atenção básica, segue as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2011) e da PNAISP (Brasil, 2014a), as quais estabelecem que cabe à gestão municipal a coordenação do cuidado, o gerenciamento dos recursos instalados em seu território e a responsabilidade pela garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Ocorre, entretanto, que o estado não conta ainda com a pactuação da EAP. Identificou-se, porém, que iniciou, em 2014, o Programa de Extensão Des'Medida da UFRGS, que tinha como proposta sensibilizar juízes de primeira instância e acompanhar pacientes judiciários(as). Inspirado em programa pioneiro do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, o PAI-PJ, se estruturou com o propósito de articular as redes de atenção psicossocial ao judiciário.

O Des'Medida fez uma parceria com a VEPMA de Porto Alegre e funcionou até o final do ano de 2016, possibilitando a desinstitucionalização de alguns internos do IPFMC e a participação do programa em processos que envolviam a aplicação da medida de segurança. O encerramento do financiamento público e a parca corresponsabilização dos órgãos estatais, operadores das políticas públicas em questão, exigiu revisão do foco do programa, que encerrou suas atividades relacionadas ao IPFMC.²⁵ Portanto, é notável que a interrupção do programa e a ausência de equipe conectora, como a EAP, dificultam os processos de desinstitucionalização e retardam os fluxos processuais.

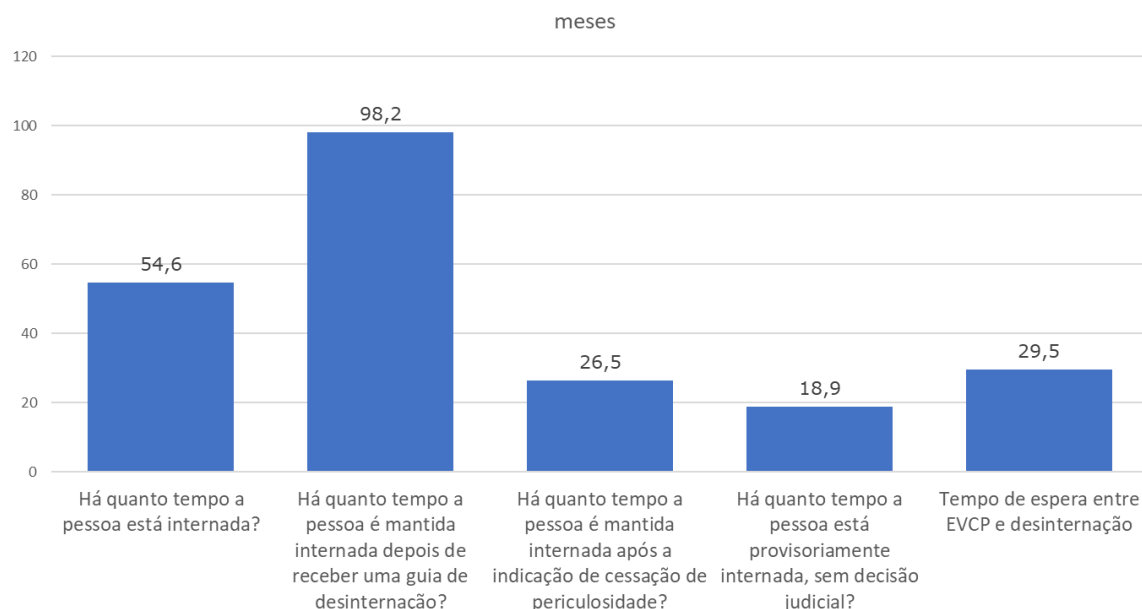
Foi elaborada comparação gráfica dos diferentes períodos de permanência na instituição, utilizando a média de meses obtida. Identificou-se que, em média, as pessoas ficam **18,9 meses internadas provisoriamente sem decisão judicial; 26,5 meses internadas depois de ter recebido um laudo de cessação de periculosidade; 29,5 meses entre a conclusão do EVCP e a decisão de desinternação; e 98,2 meses internadas depois de receber uma decisão de desinternação**. Importante destacar que, entre toda a

24. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/saude-mental>. Acesso em: 20 fev. 2024.

25. Disponível em: <https://www.desmedidaufrgs.com/>. Acesso em: 20 fev. 2024.

população internada, nas mais diferentes situações processuais, **as pessoas ficam, em média, 54,6 meses na instituição.**

Gráfico 33 – Médias de tempo relacionadas à internação e desinternação (meses) – RS



Fonte: elaboração própria.

O EVCP foi realizado em 63,95% das situações. Desses, 56,36% foram realizados ou uma (30%) ou duas vezes (26,36%). Observa-se que, em alguns casos, esse exame chegou a ser realizado cinco, seis e até 12 vezes.

Dos laudos produzidos, **em 96,36%, não houve indicação de cessação periculosidade** e apenas em 3,64% houve parecer favorável à cessação de periculosidade. Esse cenário difere um pouco daquele encontrado no Censo de 2011, em que o exame apontou que a periculosidade havia cessado em 13% dos casos (Diniz, 2013).

Para verificar quais os motivos alegados para a cessação ou não da periculosidade, foram elaboradas questões de múltipla escolha, cujos resultados estão descritos a seguir. Entre os poucos casos de situações favoráveis à desinternação/cessação de periculosidade (seis casos), os principais motivos alegados são: cessação de periculosidade/risco de reincidência criminal (50%); avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva favorável (25%) e acesso à vaga em Serviço de Residência Terapêutica (25%). Entre outros motivos destacados, apareceu a descrição de que “não se encaixa na categoria de doentes mentais que se beneficiam do tratamento do IPF”. Já em relação aos motivos alegados para manutenção da internação, os principais motivos descritos no EVCP referem-se à periculosidade/risco de reincidência criminal (88,68%) e à alegada incapacidade de convívio em sociedade (38,68%).

Dado relevante que deve ser destacado é que, em 75% dos casos, a instituição produz avaliação diversa do EVCP. Entre os(as) profissionais responsáveis por essas avaliações destaca-se, sobretudo, a Equipe Multidisciplinar do IPF (76,74%), psicólogos(as) (19,38%) e assistentes sociais (12,40%). Entre os motivos alegados nessas avaliações para manuten-

ção da internação, destacam-se: avaliação psicossocial/psiquiátrica/comportamental/cognitiva desfavorável (27,91%); fragilidade do vínculo familiar (22,48%), ausência de vaga em SRT (20,16%) e periculosidade/risco de reincidência criminal (17,83%).

Nota-se diferença importante entre os motivos alegados nos exames psiquiátricos e nessas avaliações por equipe multidisciplinar: nestas, as condições sociais como ausência familiar, ausência de recursos financeiros e os problemas da RAPS, como ausência de vaga em SRT, são os principais argumentos que dificultam a saída do IPFMC. Periculosidade e risco de reincidência aparecem em quantitativo bem inferior àquele alegado nos exames psiquiátricos.

Observa-se que a equipe multiprofissional, mesmo atuando dentro do IPFMC, possui uma percepção mais alinhada com uma postura antimanicomial. Nesse ponto, é possível analisar a razão pela qual são imprescindíveis as manifestações desse grupo nos processos de trabalho, considerando que sua atuação diretamente e diariamente com as pessoas internadas permite que conheçam as singularidades de cada uma e possam compreender as suas necessidades e demandas.

Em muitos casos, constatou-se que a recomendação da equipe multiprofissional para a continuidade da internação ocorreu devido à dificuldade de estabelecer vínculos familiares e comunitários, bem como de obter suporte na RAPS, conforme tabela a seguir:

Tabela 35 – Motivos alegados, nas avaliações diversas do EVCP, para manutenção da internação – RS

Motivo(s) alegado(s) nessas avaliações para manutenção da internação	N	Frequência %
Ausência de vínculo familiar	15	11,63%
Fragilidade de vínculo familiar	29	22,48%
Periculosidade/Risco de reincidência criminal	23	17,83%
Avaliação psicossocial/psiquiátrica/comportamental/cognitiva desfavorável	36	27,91%
Diagnóstico de transtorno ou deficiência psicossocial	1	0,78%
Risco de uso abusivo de substâncias psicoativas	7	5,43%
Ausência de benefício/renda para sustento	11	8,53%
Ausência de vaga em SRT	26	20,16%
Alegada incapacidade de convívio em sociedade	13	10,08%
Pandemia	1	0,78%
Cumprimento da Lei Antimanicomial (n. 10.216/2001)	0	--
Outros	17	13,18%
N/I	1	0,78%

Fonte: elaboração própria.

Entre outros seis motivos alegados pela referida equipe para manter a internação, predominou a indicação de manutenção da medida de segurança com alta progressiva (70,58%). A alta progressiva, uma prática implementada há algum tempo no Rio Grande do Sul, representa transição gradual entre a internação e a desinternação para tratamento ambulatorial. Durante essa fase, o(a) interno(a) recebe autorização para passar um tempo com a família e, em alguns casos, já iniciar o processo de vinculação com a RAPS local, dando início ao tratamento. O monitoramento é feito pela equipe do IPFMC, que mantém o vínculo institucional com o(a) paciente, sendo que este(a) deve retornar

à unidade, de acordo com os prazos preestabelecidos, para informar sobre as condições cumpridas durante o período em que permaneceu com a família.

Já entre os motivos alegados em tais avaliações para a desinternação, destacam-se: existência de vínculo familiar (6,2%), acesso a benefício/renda para sustento (3,88%) e avaliação psicossocial/psiquiátrica/comportamental/cognitiva favorável (3,1%). E entre os outros motivos elencados, o acompanhamento em CAPS e a espera de vagas em SRT merecem destaque.

A decisão judicial para desinternação já foi proferida para sete pessoas atualmente na instituição. O principal motivo alegado para desinternação refere-se à avaliação psiquiátrica/ comportamental/cognitiva favorável (42,86%); não coincidindo necessariamente com a avaliação multidisciplinar encaminhada, ou seja, em geral, o judiciário segue as manifestações constantes nos EVCPs. Corrobora com este dado a quantidade expressiva de decisões judiciais pela não desinternação (48,84%).

Entre os principais motivos alegados para a não desinternação, estão: periculosidade/risco de reincidência criminal (42,86%) e alegada incapacidade de convívio em sociedade (40,48%), geralmente, os indicados pelas perícias psiquiátricas. Deve ser notada, em várias situações, a manutenção da internação, mas a indicação de alta progressiva, conforme também observado nas avaliações da equipe multiprofissional.

Assim como no Censo de 2011, verifica-se uma população em sua maioria em medida de segurança de internação (86,05%). Em 2011, as principais infrações penais referiam-se a crimes contra o patrimônio, homicídio e tentativa de homicídio, o que permanece. Naquele registro de 2011, seis pessoas tiveram decisão de desinternação proferida. Neste, o número é de sete pessoas. Além disso, há quatro pessoas com a medida de segurança extinta, mas que permanecem internadas no IPFMC.

1.6 Conclusões

Este produto final tratou de apresentar uma narrativa da íntegra dos dados coletados em sete ECTP de cinco distintas unidades federativas: Pará, Paraíba, Bahia, São Paulo e Rio Grande Sul. Optou-se pela descrição em separado de cada estado para oferecer um retrato mais completo das diferentes realidades da operação da custódia psiquiátrica. Com esse retrato, é possível ter dimensão da variedade dos desafios que, possivelmente, estarão envolvidos nos processos localizados de desinstitucionalização.

Nesta conclusão, apresentam-se algumas considerações acerca do material discutido anteriormente. Observam-se, conjuntamente, alguns aspectos do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia (HCT-BA), do Hospital Geral Penitenciário do Pará (HGP-PA), da Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PPF-PB), dos três ECTPS de São Paulo – HCTPs I e II de Franco da Rocha e HCTP de Taubaté –, e do Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso (IPFMC-RS).

Das unidades apresentadas, é possível entrever, em relação ao Censo de 2011 (Diniz, 2013), diminuição significativa da população internada nos estados do **Rio Grande do Sul** e do **Pará**, que, como apresentados na discussão, passaram por efetivo investimento de

projetos de desinstitucionalização. Na **Paraíba**, pode-se dizer que há estabilização do contingente populacional. Na **Bahia**, houve aumento significativo de 23%, enquanto em **São Paulo** observa-se pequena redução de 6%.

Em relação aos dados sociodemográficos, é possível notar um perfil populacional predominante: população masculina adulta, entre 30 e 49 anos, com tendência a ser solteira e não ter filhos. Trata-se de uma população, em sua maioria, preta e parda, com exceção do estado do **Rio Grande do Sul** que, seguindo a estatística do estado, possui mais pessoas brancas. É um grupo pouco escolarizado, que ocupa, em geral, posições precárias no mercado de trabalho. Frente a esses dados, e assim como ocorre nas prisões, também os HCTPs são territórios onde se opera a gestão das populações mais precarizadas.

No tocante aos dados de saúde mental, os diagnósticos mais identificados no **Pará** são aqueles referentes aos transtornos de personalidade (F07, F60, F61, F68, F69) e esquizofrenia (F20); na **Paraíba** e na **Bahia** são os de esquizofrenia e retardo mental (F70-F72); no **Rio Grande do Sul** os de esquizofrenia e, em segundo lugar, os transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas (F10-F19); e em **São Paulo** os transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas, em primeiro lugar, seguido de esquizofrenia.

Tabela 36 – Dados de diagnósticos dos internos (PA, PB, BA, SP e RS)

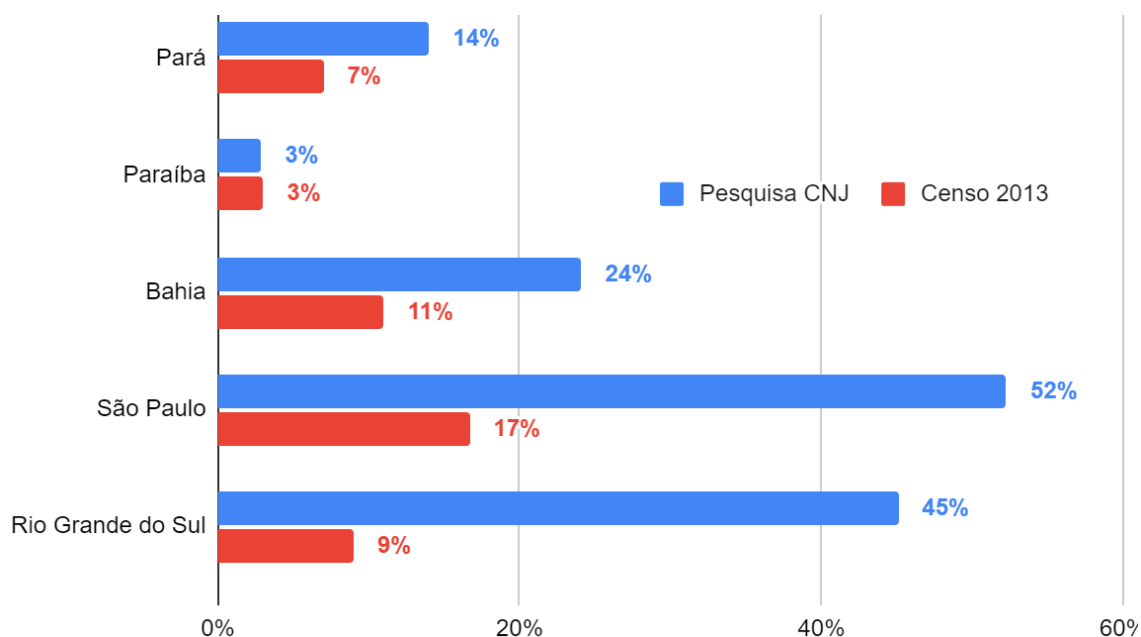
CID/ESTADO	Pará	Paraíba	Bahia	São Paulo Taubaté	São Paulo FR I	São Paulo -FR II	Rio Grande do Sul
Esquizofrenia	21,8%	27,7%	37,8%	22%	43,4%	37,2%	50%
Retardo mental	27,3%	13,9%	21,9%	15,1%	26,3%	25,5%	15,7%
Transtornos de personalidade	36,4%	4%	4,6%	13,5%	10%	12%	2,3%
Transtornos devido ao uso de álcool e outras drogas	15%	7,9%	21,4%	54,8%	47,1%	61,7%	44,2%
Transtorno afetivo bipolar	10,9%	3%	5%	3,1%	3%	2%	11,6%
Outros transtornos orgânicos	1,8%	--	4%	4,3%	7%	4%	--
Epilepsia	5,5%	--	1,5%	1,5%	4,6%	2%	--

Fonte: elaboração própria.

Além dos diagnósticos mais destacados em cada um dos estados, foi identificada alta expressiva dos CIDs relacionados ao uso de drogas, confirmando tendência que vinha sendo observada em pesquisas realizadas no estado de São Paulo (Lhacer, 2013, 2019; Kolker, 2016; Tedesco, 2016; Pastoral Carcerária, 2018; Barros, 2018; Mallart, 2019; Antunes, 2022; Wilke; Amaral, 2022). O aumento é especialmente significativo nos estados de **São Paulo** e do **Rio Grande do Sul**: no primeiro, esse diagnóstico cresceu de 16,68%, em 2011, para 52,28% em 2024; no segundo, cresceu de 9%, em 2011, para 45,1% em 2024. Na **Bahia**, também se verificou aumento dessa categoria diagnóstica, passando dos 11% registrados no Censo de 2011 para os atuais 24,1% dos laudos analisados em 2023. No **Pará**, houve um aumento de 7%, em 2011, para 14% em 2023 e, na **Paraíba**, o aumento de casos de transtornos mentais relacionados ao uso de drogas se concentrou entre

a população internada provisoriamente (14,29%), havendo poucos diagnósticos (2,86%) entre a população que teve medida de segurança decretada.

Gráfico 34 – Comparativo de CIDs relacionados ao uso de drogas – Censo 2011 e em 2023



Fonte: elaboração própria.

Ademais, nos estados da **Paraíba, Bahia e Rio Grande do Sul** percebe-se concentração de diagnósticos de transtornos mentais relacionados ao uso de drogas entre a população provisoriamente internada, o que sugere maior trânsito desse público por tais instituições, uma vez que passam por elas, mas não necessariamente chegam a ter a medida de segurança decretada.

Como foi destacado nas descrições, chamou atenção o fato de que, em todos os estados analisados, mais da metade dos(as) pacientes judiciários(as) tiveram registros de passagens anteriores em CAPS e hospitais psiquiátricos, revelando um uso significativo e circulação por esses equipamentos. Se, por um lado, esse dado sugere que parte importante dessa população teve ao menos acesso a algum serviço de saúde mental no território, por outro lado, reforça a tendência centralizadora do CAPS no interior da RAPS, aliada à prevalência de internações em hospitais psiquiátricos. Isso porque outros equipamentos de saúde, como NASF, clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS e SRT tiveram baixíssima incidência nos registros de passagens por serviços de saúde mental anteriores à internação.

Os CAPS, que têm enfrentado o sucateamento de recursos e a dificuldade de contratar profissionais qualificados, nos últimos anos, têm sofrido críticas também pela abordagem predominantemente medicamentosa do sofrimento mental, funcionando muitas vezes como dispensários de psicotrópicos (Moura e Silva, 2015). No caso da pesquisa em tela, foi possível constatar que tais serviços operam, seguido dos hospitais psiquiátricos, como principais focos de atendimento em saúde mental da população que chega aos manicômios judiciários. E são também os serviços mais responsabilizados quando essa população sai dos HCTPs.

Nesse sentido, nota-se que a circulação dessa população por instituições específicas de cuidado em saúde mental tem envolvido os manicômios judiciais, que não operam como pontos de mera retenção, mantendo pessoas por longos períodos de internação, mas que também as fazem circular entre seus muros, como evidencia a expressiva população em situação de internação provisória e com períodos curtos de internação.

Sobre os dados jurídicos, há duas situações diferentes. Nos estados do **Pará** e do **Rio Grande do Sul** (exatamente os mesmos que diminuíram significativamente o seu contingente populacional), além de **São Paulo**, predominam as medidas de segurança de internação determinadas judicialmente, ao passo que nos estados da **Paraíba** e da **Bahia**, foi observada, com preocupação, uma elevada taxa de internação provisória, chegando a superar, na Paraíba, os casos de medida de segurança de internação. Não à toa, os estados do **Pará**, do **Rio Grande do Sul** e de **São Paulo** são os que mais se destacam por realizar mais avaliações diversas dos EVCPs e, no caso do Pará, a equipe EAP é mais atuante.

Nesse aspecto, ao invés de um cenário de desinstitucionalização em curso nos estados, a quantidade de pessoas internadas há menos de um ano nos estados da Paraíba e da Bahia, e no estado de São Paulo por meio das alas psiquiátricas em presídios, evidencia cenário oposto, isto é, de circulação acelerada e de intensa vivacidade dos Hospitais de Custódia na gestão contemporânea dos indesejáveis.

Tabela 37 – Dados de situação jurídica (PA, PB, BA, SP e RS)

Situação jurídica/ Estado	Pará	Paraíba	Bahia	São Paulo – Taubaté	São Paulo – FR I	São Paulo – FR II	Rio Grande do Sul
Internação provisória ou sem sentença	5,45%	41,58%	27,55%	2,32%	0,39%	0,00%	9,88%
Medida de segurança de internação	87,27%	25,74%	28,06%	93,05%	91,89%	90,43%	86,05%
MS – tratamento ambulatorial	3,64%	0%	1,02%	2,32%	1,74%	1,06%	0,58%
MS com decisão de desinternação/extinção	0%	8,91%	13,27%	0,77%	4,63%	7,98%	2,33%
Prisão provisória	1,82%	1,98%	0%	0,39%	0%	0%	0%
Cumprimento de pena	1,82%	14,85%	2,04%	0,39%	0,97%	0%	1,16%

Fonte: elaboração própria.

Vale a pena destacar que os dados relativos à reinternação por cometimento de nova infração penal demonstram taxa significativa nos estados do **Rio Grande do Sul** (19,77%), de **São Paulo** (13,38%) e da **Bahia** (12,76%).

Nos cinco estados, a infração penal predominante é o homicídio, sugerindo que a medida de segurança ou o recolhimento provisório estão principalmente relacionados a situações de crimes contra a vida.

Tabela 38 – Dados de infrações cometidas (PA, PB, BA, SP e RS)

Infração/Estado	Pará	Paraíba	Bahia	São Paulo – Taubaté	São Paulo – FR I	São Paulo – FR II	Rio Grande do Sul
Homicídio	56,4%	34,7%	60,7%	31,7%	38,6%	35,1%	52,3%
Tráfico de drogas	--	3%	1%	5,8%	4,8%	10,6%	2,69%
Latrocínio	5,5%	--	2%	3,1%	0,4%	--	4,1%
Estupro	9,1%	--	2%	12,4%	3,7%	5,9%	5,8%
Estupro de vulnerável	7%	4%	5,1%	5,4%	7,5%	6,9%	3,5%
Furto	1,8%	3%	5%	19,3%	13%	13%	9,9%
Roubo	7,3%	7,9%	8%	15,1%	14%	14%	11%
Lesão corporal	9,1%	10,9%	11%	7,7%	10%	8%	6%
Ameaça	9,1%	1%	10,2%	9,7%	8,1%	12%	6%

Fonte: elaboração própria.

Nesse sentido, uma preocupação inicial foi compreender a frequência desses crimes no contexto doméstico, e se havia correlação com a Lei Maria da Penha e/ou ao descumprimento das medidas protetivas de urgência. A leitura completa dos dossiês analisados também permitiu compreender situações muito diversas das condições possibilitadoras do crime de homicídio. Uma reflexão que surge é quantos desses assassinatos poderiam ter sido evitados se as pessoas estivessem realizando o tratamento de modo adequado, com efetiva vinculação aos serviços de saúde mental e ajuste dos medicamentos psicotrópicos administrados.

Por outro lado, é importante observar os casos de pessoas internadas nos ECTPs devido à prática de crimes puníveis com detenção (geralmente delitos em que, devido à sua natureza, não se admite o início do cumprimento da pena em regime fechado). É o que se verificou em todos os estados, com os registros de contravenções penais (levantados na **Bahia**, em **São Paulo** e no **Rio Grande do Sul**) e dos seguintes crimes nos cinco estados: ameaça, dano, desacato, desobediência, falsa identidade, fraude processual, injúria, resistência, violação de domicílio, além do descumprimento das medidas protetivas de urgência previstas na Lei Maria da Penha.

Conforme estabelece o Código Penal, em situações de inimputabilidade, o juiz pode optar por encaminhar a pessoa para tratamento ambulatorial (art. 97, CP). Portanto, não foi encontrada justificativa legal para a internação dessas pessoas nas unidades pesquisadas. O próprio STJ já firmou entendimento que, “nos casos de delitos sujeitos à pena de reclusão atribuídos a pessoas inimputáveis, o magistrado, em vez de determinar obrigatoriamente a internação do agente para tratamento psiquiátrico, tem a faculdade de optar pelo tratamento ambulatorial, se considerá-lo mais adequado”.²⁶

Quanto às infrações penais relacionadas à Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340/2006), somando todos os cinco estados, foi observada uma taxa de 18,93% (252 registros). É relevante observar o uso do instituto da inimputabilidade em casos de violência doméstica contra mulheres. Neste ponto, observa-se como as violências contra as mulheres, historicamente ligadas às desigualdades de gênero, se inter cruzam com o tema da loucura e

26. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portaltj/Paginas/Comunicacao/Noticias/Juiz-pode-escolher-tratamento-ambulatorial-para-inimputavel-acusado-de-crime-punivel-com-reclusao.aspx>. Acesso em: 20 fev. 2024.

dos transtornos mentais, historicamente segregados. Por meio desse cruzamento, possibilita-se a patologização da violência, de modo a vulnerabilizar ambos os grupos – tanto as mulheres quanto as pessoas com transtornos mentais. Além disso, ao considerar os múltiplos marcadores sociais da diferença, como raça, classe, geração, orientação sexual, entre outros, destaca-se a necessidade de uma análise mais detalhada e complexa.

Outro ponto de destaque diz respeito às infrações penais cometidas contra um membro da própria família. Essa situação foi identificada em todos os cinco estados, com números expressivos, sendo o **Pará** aquele que apresentou a taxa mais alta, atingindo 43,64%. Somando as taxas de todos os estados, chegou-se a 33,45% dos casos. Ao considerar apenas os homicídios cometidos contra membros da rede familiar em todos os estados, essa taxa alcançou 44,75%. Por outro lado, as infrações penais cometidas contra o cônjuge ou companheiro chegaram à taxa de 5,84%.

Este é um fator que tem impacto considerável na reintegração das pessoas internadas com suas famílias e dificulta a manutenção das condições para o cuidado em liberdade. Com frequência, elas enfrentam dificuldades para atender às demandas de uma gestão autônoma de cuidados, especialmente quando dependem do apoio familiar. Além disso, devido à quebra dos laços familiares causada pelo delito ocorrido no seio da família, muitas vezes ocorre enfraquecimento severo desses laços, que pode ser irreversível. Essa situação também dificulta o retorno ao convívio familiar e torna desafiadora a cogestão negociada do uso de medicamentos psicotrópicos e a continuidade do tratamento.

Esta questão incide também na necessidade de alternativas de residencialidade ou moradia para essas pessoas; articulação da RAPS para acolhimento dos(as) egressos(as) nessa condição em SRTs; outros espaços de acolhimento ou moradia a partir de políticas de proteção social; ou, ainda, a criação de serviços híbridos – entre diferentes políticas públicas: saúde e assistência social ou saúde e habitação, por exemplo. Essa ausência de serviços e alternativas de moradia pode incidir em longa permanência das pessoas que deveriam estar desinstitucionalizadas, até mesmo para aquelas que já receberam decisão de desinternação, como se observa nos dados analisados.

Dado significativo identificado, especialmente nos estados do **Rio Grande do Sul**, do **Pará** e de **São Paulo**, refere-se à taxa de conversão de pena em medida de segurança. É importante ponderar sobre o impacto do processo de encarceramento na saúde mental, especialmente para as populações mais vulneráveis, como aquelas frequentemente expostas à superlotação nas prisões brasileiras.

As condições de privação de liberdade têm sido reconhecidas como um fator significativo no surgimento e no agravamento de transtornos mentais entre a população encarcerada (Negri, 2022). O impacto adverso da segregação na saúde das pessoas com transtornos mentais também foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio do Escritório Europeu (World Health Organization Regional Office for Europe, 2014). Tal situação se agrava ao considerar as condições precárias dos ECTPs e das outras unidades prisionais brasileiras, em relação aos quais o STF reconheceu o Estado de Coisas Inconstitucional, em 2023, na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 347 (BRASIL, 2023).

No que tange ao período de internação estabelecido na sentença, em todos os cinco estados, embora a maioria dos casos inclua a determinação do prazo mínimo de internação conforme estipulado pelo Código Penal (art. 97, §1.º), ou seja, entre um e três anos, nenhuma decisão menciona os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Mental, conforme previsto pela Lei n. 10.216/2001, em relação à internação de pessoas com transtorno mental.

Esses dados corroboram a noção de que, em alguns estados do país, a medida de segurança ainda é aplicada à revelia dos dispositivos normativos que preveem a observância da referida lei da reforma psiquiátrica na aplicação e execução da medida de segurança. Isso abarca as Resoluções do CNJ e do CNPCP, que introduzem novos fluxos e procedimentos com o intuito de deslocar o cuidado em saúde mental da esfera restritiva de liberdade para *priorizar* a saúde da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Além disso, é importante assinalar a primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direito Humanos (Corte IDH), no caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, no ano de 2006.²⁷ A sentença é a primeira, no âmbito do Sistema Interamericano de Direitos Humanos (SIDH), que aborda o tratamento cruel e discriminatório dispensado às pessoas com transtorno mental submetidas à internação psiquiátrica. Ao reconhecer a situação de vulnerabilidade a que estão submetidas tais pessoas, a Corte ampliou a jurisprudência internacional, considerando que “todo tratamento de saúde dirigido a pessoas portadoras de deficiência mental deve ter como finalidade principal o bem-estar do paciente e o respeito a sua dignidade como ser humano, que se traduz no dever de adotar como princípios orientadores do tratamento psiquiátrico o respeito à intimidade e à autonomia das pessoas”.²⁸

Assim, compete ao juízo da execução penal observar tais normas para que a execução da medida de segurança de internação ocorra no menor tempo possível, visando encaminhar a pessoa para ambiente terapêutico, especialmente aos programas e serviços das redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em particular a RAPS. É importante reconhecer que o Judiciário não possui o conhecimento especializado necessário para estabelecer prazos e condutas para o cuidado em saúde mental das pessoas com transtorno mental.

Em relação aos dados sobre o tempo de internação das pessoas nos ECTPs dos cinco estados pesquisados, é observado que parcela significativa (42,89%) permanece internada por períodos entre três e dez anos. Isso evidencia a extrapolação do limite mínimo estabelecido pelo Código Penal, que prevê de um a três anos (art. 97, § 1.º), e sugere também possível descon sideração da Súmula 527 do STJ, que estabelece que o tempo de duração da medida de segurança não deve exceder a pena máxima prevista para o delito cometido.

27. Damião Ximenes Lopes foi internado, no ano de 1999, na Casa de Repouso Guararapes, uma clínica psiquiátrica conveniada ao SUS localizada em Sobral/Ceará, onde sofreu várias agressões e violações, resultando em sua morte. O caso foi denunciado à Comissão Interamericana de Direitos Humanos naquele mesmo ano. Após sete anos de tramitação, na sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos, o Estado brasileiro foi condenado a uma série de obrigações relacionadas às políticas de saúde mental (Borges, 2009; Correia e Pinto, 2024).

28. Sentença disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 24 fev. 2024.

Tabela 39 – Tempo de internação definitiva (PA, PB, BA, SP e RS)

Há quanto tempo a pessoa está internada definitivamente?	Frequência	%
Menos de 1 ano	259	21,4%
De 1 a 3 anos	351	29,01%
De 3 a 10 anos	519	42,89%
De 11 a 15 anos	58	4,79%
De 16 a 20 anos	13	1,07%
De 21 a 25 anos	9	0,74%
Acima de 30 anos	1	0,08%
Total geral	1210	100%

Fonte: elaboração própria.

Outro aspecto que merece atenção se refere aos argumentos mobilizados nas decisões judiciais para a desinternação ou manutenção da internação.

Com base nos dados coletados, as decisões que concluíram pela desinternação foram predominantemente fundamentadas na cessação da periculosidade ou do risco de reincidência (62,07%). Isso evidencia tendência em que a aplicação da Lei de Execução Penal predomina sobre os demais instrumentos normativos relacionados à desinstitucionalização, como a Lei n. 10.216/2001, as diretrizes do CNPCP e do CNJ, além da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. O segundo aspecto mais citado como fundamentação para as desinternações é relativo à avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva favorável, indicando que o quadro sintomatológico ainda é um fator decisivo para magistrados(as), a despeito de normativas que estabelecem a indicação de internação apenas de maneira pontual em caso de crise. O argumento relativo à Política Antimanicomial nessas decisões aparece apenas em terceiro lugar, com registro de 21,55% de incidência. Por outro lado, esse dado pode sugerir tendência crescente, especialmente considerando a recente publicação da Resolução n. 487/2023 pelo CNJ.

Tabela 40 – Motivos alegados na decisão judicial de desinternação (PA, PB, BA, SP e RS)

Motivos alegados na decisão judicial de desinternação	N.	%
Existência de vínculo familiar	7	6,03%
Cessação de periculosidade/do risco de reincidência	72	62,07%
Avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva favorável	44	37,93%
Cessação de risco de uso abusivo de substâncias psicoativas	3	2,59%
Acesso a benefício/renda para sustento	1	0,86%
Acesso a vaga em SRT	3	2,59%
Capacidade de convívio em sociedade	14	12,07%
Política Antimanicomial	25	21,55%
Outro	15	12,93%

Fonte: elaboração própria.

Ao analisar as decisões que concluíram pela manutenção da internação, observa-se que foram predominantemente fundamentadas na periculosidade ou no risco de reincidência (69,68%), seguidas da avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva desfa-

vorável (44,06%). Esse cenário evidencia a centralidade do argumento da periculosidade e sugere uma forte influência dos laudos psiquiátricos que embasam essas decisões.

Tabela 41 – Motivos alegados na decisão judicial de manutenção da internação (PA, PB, BA, SP e RS)

Motivos alegados na decisão judicial de manutenção da internação	N	%
Ausência ou fragilidade de vínculo familiar	52	8,86%
Periculosidade/Risco de reincidência criminal	409	69,68%
Avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva desfavorável	259	44,06%
Risco de uso abusivo de substâncias psicoativas	23	3,92%
Ausência de benefício/renda para sustento	2	0,34%
Ausência de vaga em SRT	10	1,7%
Alegada incapacidade de convívio em sociedade	60	10,22%
Alta progressiva/colônia de desinternação	65	11,07%
Outro	27	4,5%

Fonte: elaboração própria.

Constatação importante está relacionada ao percentual de concordância dos(as) juízes(as) com a recomendação de desinternação ou de manutenção da internação no EVCP. Considerando que o laudo psiquiátrico do EVCP é um dos documentos que fundamenta a decisão judicial sobre a desinternação do ECTP, é crucial analisar o posicionamento dos(as) juízes(as). Ficou evidente maior concordância dos magistrados e magistradas com os laudos psiquiátricos do EVCP quando estes indicam a manutenção da internação, com uma taxa de 79,65%. Por outro lado, quando a recomendação desses laudos é a desinternação, essa taxa diminui para 52,2%, o que demonstra maior inclinação dos(as) juízes(as) a seguir a sugestão de manter as pessoas internadas no ECTP.

Tabela 42 – Percentual de concordância com a indicação de desinternação (PA, PB, BA, SP e RS)

Percentual de concordância dos(as) juízes(as) com a indicação de desinternação, feita no EVCP	N	%
Concordam	95	52,2%
Discordam	87	47,8%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 43 – Percentual de concordância com a indicação de manutenção da internação (PA, PB, BA, SP e RS)

Percentual de concordância dos(as) juízes(as) com a indicação de manutenção da internação, feita no EVCP	N	%
Concordam	544	79,65%
Discordam	139	20,35%

Fonte: elaboração própria.

Quanto ao tempo de permanência no ECTP após a indicação de cessação da periculosidade, foi observado que 30% das pessoas permanecem internadas por mais de cinco meses, com 12,5% desse grupo mantido por mais de um ano. Esse cenário evidencia

demora na prestação jurisdicional, uma vez que, mesmo após a confirmação da cessação da periculosidade no EVCP, há considerável intervalo de espera até a decisão judicial.

Tabela 44 – Tempo de internação após indicação de cessação de periculosidade (PA, PB, BA, SP e RS)

Há quanto tempo a pessoa é mantida internada após a indicação de cessação de periculosidade?	n	%
Menos de 1 mês	14	17,5%
De 1 a 3 meses	31	38,75%
De 3 a 5 meses	11	13,75%
De 5 meses a 1 ano	14	17,5%
Mais de 1 ano	10	12,5%
Total geral	80	100%

Fonte: elaboração própria.

Outro elemento relevante para esta pesquisa é a taxa de reinternação nesses ECTPs, a qual foi registrada em 27,02%, compreendendo uma variedade de razões. No que diz respeito à reinternação devido ao cometimento de nova infração penal, identificou-se taxa de 14,11%. Esse percentual é inferior à taxa de reincidência criminal legal no Brasil, que é de 24,04% nos casos em que houve condenação judicial por novo crime até cinco anos após a extinção da pena anterior (IPEA, 2015).

Tabela 45 – Índice de reinternação e motivos (PA, PB, BA, SP e RS)

Se for caso de reinternação, qual a razão:	Frequência	%
Reinternação por nova infração	188	14,11%
Reinternação por descumprimento das condições impostas	85	6,38%
Mandado de captura-internação	81	6,08%
Reinternação sem motivação identificada	6	0,45%
Não é caso de reinternação	972	72,97%

Fonte: elaboração própria.

O processo de desinstitucionalização, o mais delicado, envolve ainda muitas sensibilidades afetivas e políticas. Durante as pesquisas de campo conduzidas, o aspecto mais abordado por direção e equipes multiprofissionais referiu-se à dificuldade de encaminhamento das pessoas internadas, especialmente as que possuem vínculo familiar mais fragilizado e que moram em municípios pequenos, onde a RAPS é pouco estruturada. Nesse aspecto, foi feito o esforço de apresentar a quantidade de municípios que precisam ser envolvidos na discussão, em cada estado pesquisado. A título de exemplo, a desinstitucionalização das pessoas internadas no IPFMC, no **Rio Grande do Sul**, envolveria a participação de 87 municípios. Quanto aos demais estados, os números levantados foram: 33 municípios no **Pará**, 46 na **Paraíba**, 112 na **Bahia** e 293 em **São Paulo**. Estes dados dimensionam a tarefa de fortalecimento dos serviços na ponta.

Embora haja maior concentração de pessoas nas capitais e cidades de maior porte, é preciso atentar para o fato de que, na prática, esses municípios têm que ser chamados a gerir a situação de pouquíssimos casos. Nesse aspecto, pode-se dizer que uma das conclusões deste trabalho é a de que a expansão dos dispositivos da RAPS

deve ser acompanhada de posturas antimanicomiais em várias prefeituras do país e de maneira muito pulverizada. Afinal, o rompimento dos muros dos HCTPs não se efetivará sem reflexão consistente sobre como incorporar pessoas com sofrimento mental ao cotidiano das cidades.

PARTE 2 – ARGUMENTOS JURÍDICOS E FLUXOS PROCESSUAIS

Esta parte se debruça sobre duas frentes de pesquisa: 1) os **argumentos jurídicos** e os principais fundamentos mobilizados nos processos decisórios relacionados à execução da medida de segurança, incluindo as provas que sustentam as decisões; e 2) o **fluxo processual** para analisar os trânsitos e os tempos relacionados à internação das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei no sistema de justiça criminal: as entradas e permanências em ECTPs, mas também suas passagens por outros tipos de estabelecimento. Em termos analíticos, esta parte se organiza por três subdivisões, que articulam dados quantitativos e qualitativos.

I) O **perfil dos casos analisados**, que está subdividido em análises sobre o perfil da fase pré-processual: tipos de inquérito policial, medidas cautelares e liberdade provisória; exames de sanidade mental e de cessação de periculosidade e a atuação das equipes multiprofissionais; e o perfil das sentenças de internação: determinação das sentenças e tipos penais.

II) Os **argumentos jurídicos** mobilizados nas sentenças, incluindo as provas consideradas relevantes e os argumentos da decisão de internação; as decisões de conversão da pena de prisão em medida de segurança; as decisões de desinternação e as decisões de extinção da medida de segurança.

III) Os **fluxos processuais: os tempos nos autos e os trânsitos pelas instituições**, tendo como referência os estudos de fluxo do sistema de justiça criminal que se utilizam da análise quantitativa para categorizar o perfil processual (Oliveira e Machado, 2018). No tópico, apresenta-se esquema do fluxo processual que indica o total de anos entre a data do fato e a desinternação; o tempo entre a data de entrada na unidade e a data da desinternação; o total de dias entre a internação e a desinternação; o tempo médio entre a data do fato e a distribuição do processo para a execução; o tempo entre o início da execução e a desinternação; curvas de sobrevivência entre a data da distribuição para a execução e a desinternação; além da média dos marcos temporais dos estados analisados. Também são apresentados dados sobre o impacto da covid-19 no fluxo processual e na fase recursal, bem como dados de trânsito em julgado, indulto e *habeas corpus*.

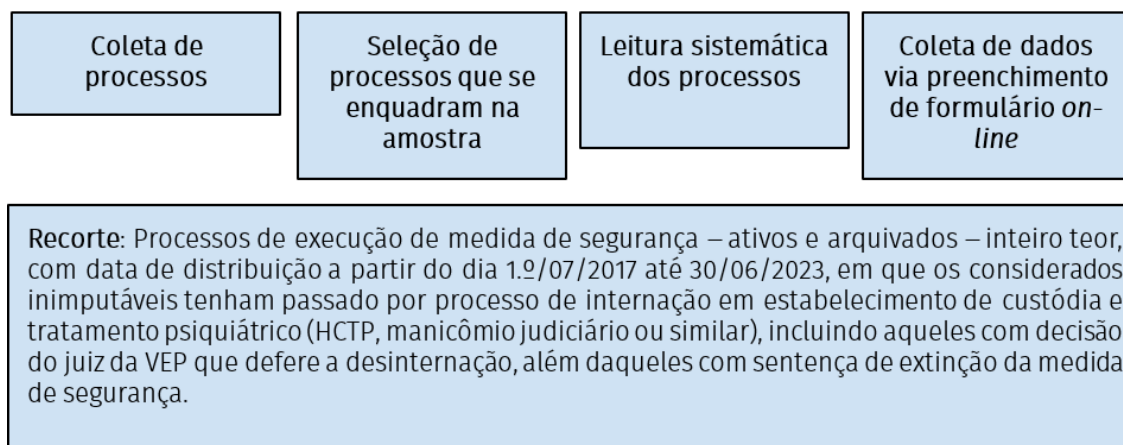
Esse último tópico também apresenta os trânsitos das pessoas antes do processo, em que se discute se houve passagem anterior em prisão e se, eventualmente, teve passagens por HCTP, tratamento ambulatorial, hospital psiquiátrico, clínica particular e unidade socioeducativa, bem como os trânsitos das pessoas entre as unidades antes e depois da sentença. O tópico também desvela o tipo de instituição prisional ou de privação de liberdade para a qual o réu ou a ré foi encaminhado(a) inicialmente e por quais instituições prisionais ou de privação de liberdade a pessoa transitou na fase anterior à sentença e na fase de execução, assim como se há registros de que a pessoa fez ou fazia uso de alguma substância psicoativa. A seção contribui, ainda, para refletir sobre a importância de considerar outras instituições, para além dos HCTPs, na política de desinstitucionalização, abarcando outros estabelecimentos que se conectam atualmente com os processos judiciais e a vida das pessoas.

Cada seção traz tabelas e/ou gráficos que reúnem dados de todos os sete estados analisados, buscando, assim, realizar a comparação entre os dados de todas as UFs pesquisadas.

Quanto aos procedimentos e métodos, os dados são provenientes de informações coletadas em 294 processos de execução de medida de segurança que se enquadram no recorte da pesquisa, executados em sete Unidades da Federação, nas Regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do país: **Pará, Bahia, Paraíba, Piauí, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul e São Paulo.**

A base de dados que dá origem às tabelas e gráficos desta parte é proveniente da leitura sistemática de processos judiciais coletados por meio de acesso ao SEEU, ferramenta do CNJ que centraliza a gestão de processos de execução penal no Brasil. O SEEU passou a ser adotado como política de âmbito nacional pelo CNJ, no ano de 2016, e tem como marcos normativos as Resoluções CNJ n. 223/2016 e n. 280/2019. Esta última normativa revogou parcialmente a anterior, para estabelecer a obrigatoriedade e a unicidade do referido sistema, sob a governança de Comitê Gestor especializado. Para o acesso aos processos, o analista computacional judiciário da pesquisa realizou procedimento de cadastro no sistema, com o apoio do DMF/CNJ. A partir desse procedimento, o analista teve acesso ao SEEU e aplicou os filtros de data pertinentes ao recorte temporal da pesquisa (seis anos) – processos com data de distribuição a partir do dia 1.º/7/2017 até 30/6/2023, conforme descrito a seguir:

Gráfico 35 – Procedimentos de coleta de dados da pesquisa (Eixo 2)



Fonte: Elaboração das autoras

Além do recorte de data foi imprescindível aplicar filtros de palavras para a identificação dos processos em que a desinternação do(a) paciente já havia sido realizada ou que, ao menos, indicasse que o(a) juiz(a) já havia proferido a decisão de desinternação (mesmo que a pessoa continuasse internada por algum motivo, seja por ausência de vínculo familiar que impossibilitasse o tratamento ambulatorial, seja por falta de vaga em residência terapêutica). As palavras utilizadas na filtragem computacional foram: “concedo a desinternação”, “julgo procedente a desinternação”; “desinternação condicional”; “desinternamento condicional”; “desinternacao condicional” (sem ç); “desinternação”;

“desinternação” (sem o acento) e “determino a desinternação”. Ao final, restaram os seguintes processos:

Tabela 46 – Número de processos levantados no SEEU e número de processos analisados

UF	Processos levantados	Processos da amostra
BA	172	40
MS	431	13
PA	85	36
PB	132	28
PI	39	6
RS	323	16
SP	NSA (*)	NSA

(*) O estado de São Paulo não aderiu ao SEEU.

Fonte: SEEU (2023)

A tabela acima indica o total de processos levantados junto ao SEEU e o número de processos que entraram na amostra, provenientes desse sistema. Para chegar nos processos da amostra, que se enquadram no recorte da pesquisa (Gráfico – Procedimentos de coleta de dados da pesquisa), o analista computacional judiciário aplicou os filtros computacionais de datas e os filtros de palavras que identificaram a decisão de desinternação do paciente. Restaram, ao final, apenas os processos que os filtros computacionais enquadraram no recorte temporal da pesquisa (seis anos), isto é, processos com data de distribuição a partir do dia 1.º/7/2017 até 30/6/2023 e nos quais havia decisão de desinternação. Após essa etapa, as pesquisadoras leram os processos selecionados pelo analista computacional e descartaram da amostra aqueles que, mesmo com os filtros computacionais aplicados, ainda indicavam descompasso em relação aos critérios da amostra, seja em virtude de não corresponder ao intervalo de datas do recorte, seja em razão de não ter havido decisão de desinternação.

No caso dos processos de São Paulo, é necessário realizar observações metodológicas quanto ao fato de os processos não terem sido selecionados via SEEU. A ausência da adesão do TJSP ao SEEU para a tramitação das execuções criminais, implicou, inicialmente, em uma lacuna para o acesso a fontes documentais nesta pesquisa. A despeito de a Resolução CNJ n. 280/2019 buscar o aprimoramento da gestão da informação com o objetivo de tornar o trâmite processual da execução penal mais célere, transparente e uniforme, entre outros pontos incluindo a produção de dados sobre população prisional, o estado de São Paulo era a única Unidade da Federação que não havia aderido ao sistema.

A Assembleia Legislativa de São Paulo moveu uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 6.259) que questionou a obrigatoriedade da adesão ao SEEU, alegando que a Resolução n. 280/2019 impunha novo parâmetro de execução penal aos Estados-membros, que violaria o princípio federativo, o princípio da separação dos Poderes e do autogoverno dos tribunais, usurpando “a competência da União e dos Estados para legislar sobre direito penitenciário e procedimentos em matéria processual” (São Paulo, 2019). A decisão definitiva do STF, em agosto de 2023, declarou que a obrigatoriedade do uso do SEEU em todos os tribunais é constitucional e, portanto, o estado de São Paulo

deverá aderir ao sistema. Na ementa da decisão consta, entre outros pontos, as vantagens da utilização do SEEU, entre as quais “a racionalização do trabalho dos órgãos da execução penal e a economia de recursos públicos – [que] bastariam para justificar a adoção do SEEU em todo o país, disponibilizado gratuitamente pelo Conselho Nacional de Justiça” (Cavalcante, s/d).

Para essa pesquisa, entretanto, foi necessário buscar os processos judiciais por meio do sistema utilizado pelo TJSP, denominado e-SAJ. O analista computacional identificou o universo total de 693 processos dentro do recorte da pesquisa. Tendo em vista que o estado de São Paulo possui a maior população do país em medida de segurança, realizou-se o seguinte cálculo de probabilidade para que fosse possível chegar a um número de processos viável para a coleta de dados, que apresentasse um nível de confiança alto e uma margem de erro pequena. Chegou-se a uma amostra de 153 processos, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 7%.

Para o cálculo da amostra foi usada a fórmula de Cochran:

$$n_0 = \frac{Z^2 pq}{e^2}$$

Onde:

- n_0 é o tamanho da amostra.
- Z Z score
- e é o valor desejado da margem de erro.
- p p é a proporção da população com o atributo de interesse
- q é $1 - p$.

Adotando um nível de confiança de 95%, o valor de Z é 1,96. A margem de erro (e) foi fixada em 7%. Como a variabilidade da proporção é desconhecida, será utilizado o valor de p com máxima variação de 0,5. Dessa forma, o cálculo fica assim:

$$n_0 = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,07^2} = 196$$

Corrigindo para pequena população:

$$n_0 = \frac{196}{1 + \frac{196 - 1}{693}} = 153$$

Com isso, chegou-se à delimitação da coleta de dados de, no mínimo, 153 processos em São Paulo. Foram analisados, no total, de **294 processos nas sete UFs selecionadas para a pesquisa**: 40 da Bahia, 13 do Mato Grosso do Sul, 36 do Pará, 28 da Paraíba, seis do Piauí, 16 do Rio Grande do Sul e 155 de São Paulo. Assim, esses processos constituem o objeto da análise aqui desenvolvida.

Tabela 47 – Processos analisados (fluxo do tempo e argumentos jurídicos)

UF	Freq.	%
Bahia	40	13,61%
Mato Grosso do Sul	13	4,42%
Pará	36	12,24%
Paraíba	28	9,52%
Piauí	6	2,04%
Rio Grande do Sul	16	5,44%
São Paulo	155	52,72%
Total geral	294	100%

Fonte: elaboração própria.

Após a seleção dos processos que cumprem os requisitos do recorte, foram coletados dados dos 294 processos por meio do preenchimento de um formulário *on-line* (Apêndice 3). O formulário foi construído com base em um instrumento com perguntas divididas por eixos de análise, que compreendem:

- a) dados do inquérito e da fase anterior à sentença;
- b) denúncia e realização de exame de sanidade mental;
- c) exame de sanidade mental (perícia psiquiátrica);
- d) sentença;
- e) argumentos das sentenças que determinaram medida de segurança;
- f) vida pregressa;
- g) recurso e resultado do recurso;
- h) trânsito em julgado;
- i) execução e desinternação;
- j) substituição ou conversão durante o cumprimento da pena ou TA (Tratamento Ambulatorial);
- k) conversão de TA para internação;
- l) unidade para a qual foi encaminhado após substituição ou conversão;
- m) exames multiprofissionais realizados após a sentença (durante a execução);
- n) exame de cessação de periculosidade que sugere a desinternação;
- o) manifestação do MP sobre exame de cessação de periculosidade;
- p) informações sobre a desinternação;
- q) indulto e *habeas corpus*;
- r) houve extinção da medida de segurança?;
- s) outros argumentos de extinção da medida de segurança;
- t) covid-19.

O instrumento também incorporou perguntas sobre identificação do processo: uma para registro de observações gerais que a pesquisadora julgasse adequadas sobre o processo, inclusive quanto à pertinência para a análise do eixo da pesquisa que realizou os estudos de caso; e uma pergunta de múltipla escolha quanto aos motivos de envio do processo para tal eixo.

Após a coleta dos dados dos processos, por formulário *on-line*, houve etapa de limpeza da base de dados, com atenção especial à checagem das datas extraídas dos processos e de unificação de expressões nas respostas abertas. Nesse ponto, o trabalho

do estatístico foi checar se a base de dados apresentava inconsistência nos registros de datas (quanto ao dia/mês ou ano), para prévia correção da equipe. Assim, por exemplo, o erro de dia e mês, como 9/21/2018 foi corrigido para 21/9/2018, ou o erro de ano, como 21/9/81 foi corrigido para 21/09/2018. Outra correção pertinente foi em relação à ordem cronológica, por exemplo, em casos em que a data do fato constava como posterior à data da denúncia, a equipe também voltou aos processos para realizar as correções na base de dados. As bases de dados para cada UF e as tabelas produzidas pelo estatístico foram disponibilizadas ao CNJ. Foram solicitados ao estatístico alguns cruzamentos quanto ao fluxo processual, que são apresentados ao longo desta parte do relatório.

2.1 Perfil dos casos analisados

Antes de apresentar os principais achados da pesquisa, é importante identificar o perfil dos casos analisados, o que engloba informações sobre a fase pré-processual, o perfil dos exames (exame de sanidade mental, exame de cessação de periculosidade e exames multiprofissionais) e o perfil das sentenças. Esse perfil já permite compreender algumas dinâmicas processuais e institucionais.

O perfil na fase pré-processual leva em conta informações sobre o tipo de procedimento policial que consta nos processos, se por flagrante ou portaria; a recorrência de prisões em flagrante e de medidas cautelares como prisões preventivas, e a internação provisória e dados sobre liberdade provisória. O perfil dos exames discute quem são os(as) profissionais que realizam o exame de sanidade mental e quais são suas recomendações; quais foram os outros exames de avaliações realizados antes da sentença e quais foram considerados para a produção da sentença final. Assim como os exames realizados pelas equipes multidisciplinares de diversas instituições ao longo da fase de execução, com atenção para a Vara de Execução, o HCTP, a EAP e a equipe da RAPS. O perfil das sentenças apresenta a determinação fornecida nas sentenças analisadas (se aplicação de medida de segurança de internação ou outra) e a tipificação penal das condutas cometidas pelas pessoas processadas.

2.1.1 Perfil da fase pré-processual: tipos de inquérito policial, medidas cautelares e liberdade provisória

O **inquérito por flagrante** (art. 304, CPP) é o procedimento policial mais comum nos processos de medida de segurança, independentemente do estado da Federação, da região do país e, mesmo, da existência, ou não, de ECTP. Isso indica o papel determinante da prisão em flagrante (art. 302, CPP) nos processos de internação.

Na **Bahia**, 72,5% dos casos são de inquérito em flagrante, enquanto 17,5% são de inquérito por portaria e os não informados representam 10% dos processos.

No **Mato Grosso do Sul**, o inquérito por flagrante atinge 92,31% dos casos, contra 7,69% de inquérito por portaria, sendo o estado da federação com a segunda maior taxa de inquérito por flagrante.

No **Pará**, cujos casos de “não informado” são os mais frequentes, com percentual de 13,89%, o inquérito por flagrante alcança 69,44% dos casos e o inquérito por portaria reflete 16,67%.

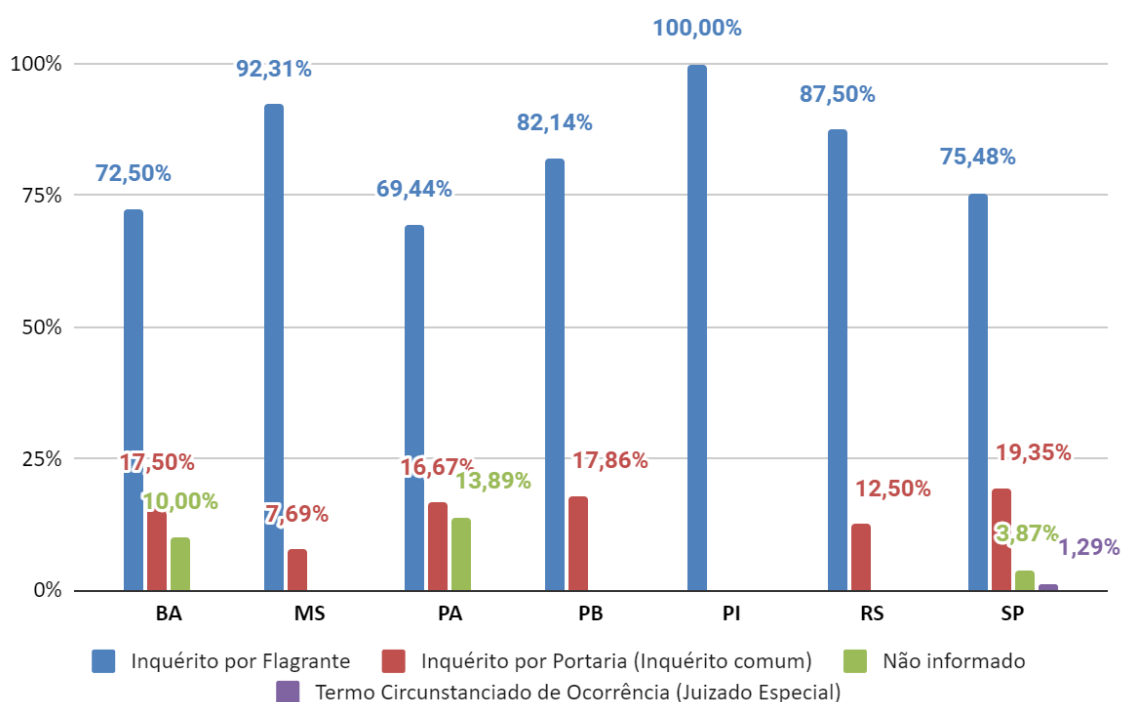
Na **Paraíba**, igualmente, têm-se maioria de casos por inquérito por flagrante, 82,14%, contra 17,86% de casos de inquérito por portaria.

No **Piauí**, todos os processos analisados revelam inquérito por flagrante, 100%, com a maior taxa entre as unidades da federação que compõem o universo da pesquisa.

No **Rio Grande do Sul**, o inquérito por flagrante alcança 87,5% e o inquérito comum 12,5% dos processos.

Em **São Paulo**, o inquérito por flagrante representa 75,48% dos processos e o inquérito comum 19,35%, sendo o único estado com registro de 1,29% de casos de procedimento policial por Termo Circunstanciado de Ocorrência (artigo 69, da Lei n. 9.099/1995). Tais casos se referem aos artigos 331 do CP (desacato) e 129 do CP (lesão corporal), ou seja, infrações de menor potencial ofensivo, com pena máxima cominada em até dois anos de cerceamento de liberdade ou multa, cujos boletins de ocorrência servem de peça informativa para o Juizado Especial Criminal.

Gráfico 36 – Qual é o tipo de procedimento policial?



Fonte: elaboração própria.

Considerando os dados em conjunto, o inquérito por flagrante nesses estados representa taxa de 76,87%, o inquérito por portaria 17,35%, o termo circunstanciado 0,62%, enquanto os não informados representam 5,1%.

As altas taxas de inquérito por flagrante estão em linha com as altas taxas de prisão provisória. Mesmo considerando os casos de não informados, o gráfico abaixo

indica que a maior parte das pessoas internadas teve primeiro a determinação da **prisão provisória**, seja flagrante, preventiva ou temporária,²⁹ antes da sentença.

Na **Bahia**, 82,5% dos 40 processos analisados são de casos de prisão provisória; apenas 12,5% não indicam esse tipo de medida cautelar.

No **Mato Grosso do Sul**, a prisão provisória se aplica a todos os processos de medida de segurança analisados, 100%.

O **Pará** apresenta percentual de 72,22% de prisão provisória, 19,44% de não informados e 8,33% em que tal medida não foi aplicada.

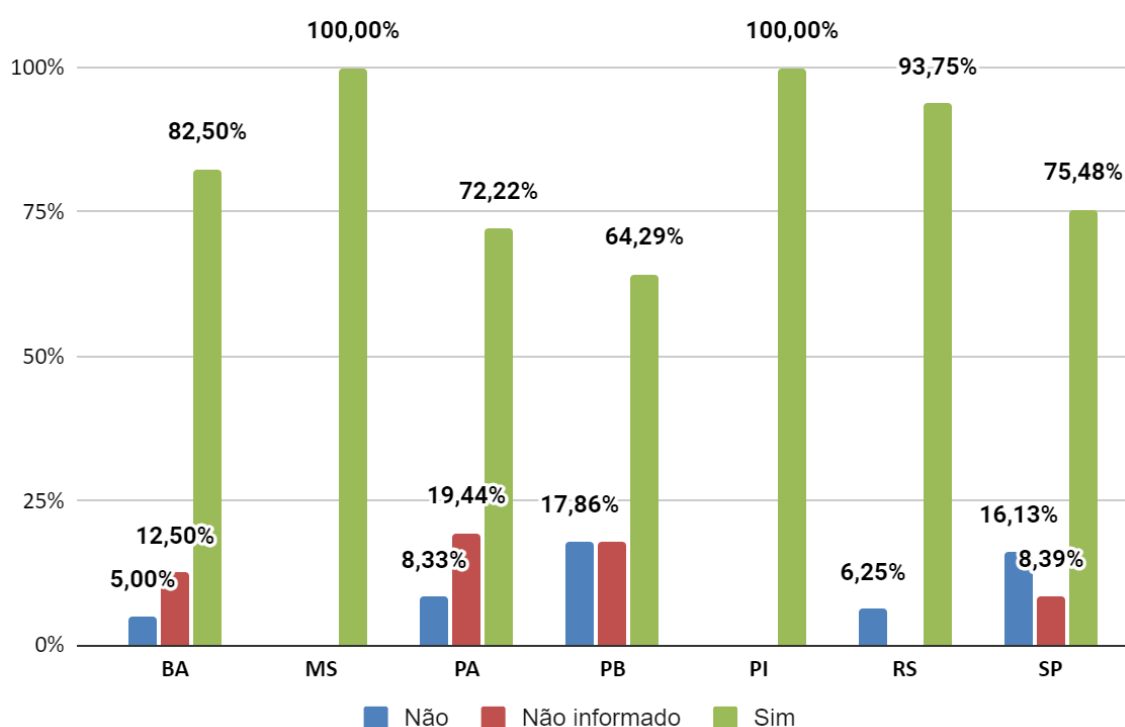
Na **Paraíba**, o cenário da prisão provisória indica a menor taxa em comparação aos demais estados da federação, 64,29%, sendo importante destacar que os não informados, 17,86% dos casos, podem alterar a taxa para mais ou menos.

No **Piauí**, verificam-se 100% de casos de prisão provisória.

No **Rio Grande do Sul**, o percentual é 93,75% para o mesmo tipo de medida cautelar, contra apenas 6,25%, em que a prisão provisória não foi determinada.

E em **São Paulo**, os casos de prisão provisória correspondem a 75,48%, e sem informação, 8,39% dos processos analisados.

Gráfico 37 – Houve determinação de prisão provisória?



Fonte: elaboração própria.

29. Para fins analíticos, utiliza-se o termo genérico prisão provisória, sem especificar se se trata de prisão em flagrante, preventiva ou temporária, levando-se em conta que os processos não trazem muitos elementos sobre a fase pré-processual e eventuais momentos de conversão.

Considerando os estados da Federação analisados e a amostra de 294 processos, são 228 casos de prisão provisória (77,55%), 30 casos de não informados (10,2%) e 36 casos em que tal medida não foi determinada (12,24%).

Esse é dado alarmante por diversos aspectos. Em primeiro lugar, porque viola a excepcionalidade da prisão provisória disposta constitucionalmente. A CF de 1988 prevê, em seu artigo 5.º, inciso LVII, que ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado de sentença penal condenatória. Portanto, a pessoa acusada somente será considerada culpada pelas práticas dos atos cometidos após o esgotamento de qualquer recurso cabível.

Também deve-se considerar que a prisão provisória aplicada à pessoa com indícios de transtorno mental pode agravar ainda mais seu estado de saúde, entrando em conflito com a Lei n. 10.216/2001, que assegura o direito ao tratamento em ambiente terapêutico utilizando os meios menos invasivos possíveis, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001). Vale destacar, ainda, que o artigo 9.º da Resolução CNJ n. 487/2023 dispõe que, no caso de a pessoa necessitar de tratamento em saúde mental no curso de prisão processual ou outra medida cautelar, a autoridade judicial deve reavaliar a prisão tendo em vista a necessidade de atenção à saúde, priorizando o tratamento em serviços da RAPS, ouvidos a equipe multidisciplinar, o MP e a defesa (CNJ, 2023c).

Além disso, o fato de essas pessoas terem sido presas provisoriamente (em delegacias, cadeias públicas, espaços de detenção provisória e unidade prisional, como se verá a seguir) evidencia que estavam em espaços inadequados para sua condição, muitas vezes, em situações precárias. Um exemplo é um caso do **Mato Grosso do Sul**, envolvendo uma pessoa que supostamente fazia uso prejudicial de drogas em situação de rua, que vivia em casa abandonada e cuja renda era advinda do trabalho de reciclagem.³⁰ Antes da sentença, o réu, cujo laudo pericial indicou o diagnóstico de CID F19 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas), e cujo tipo penal foi um latrocínio (em decorrência de “mata-leão”, envolvendo pessoas que faziam uso de drogas juntas), foi encaminhado para prisão de segurança máxima. Durante a prisão provisória, ainda chegou a ser encaminhado para o “seguro” por falta disciplinar algumas vezes³¹.

30. A Política Nacional para a População em Situação de Rua, Decreto n. 7.053/2009 (Brasil, 2009a), considera tal população o grupo heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. No caso em questão, a pessoa fazia uso de casa abandonada (degradada) como forma de moradia, tal como considerado por diversas pesquisas censitárias, por exemplo, a pesquisa nacional realizada em 2009 (Brasil, 2009b), na qual também são consideradas pessoas em situação de rua aquelas que constroem estruturas de papelão, plástico ou madeira em áreas públicas ou privadas que não configuram ocupações organizadas. Sobretudo na fase de conhecimento, o termo “situação de rua” não é incomum em processos judiciais que caracterizam o perfil de réus que se enquadram na definição da Política Nacional mencionada. Tal população foi identificada de modo mais recorrente, e de modo nominal, nos processos de medida de segurança do estado de São Paulo.

31. Em geral, o “seguro” é um espaço específico dentro da prisão designado para abrigar pessoas que não podem conviver com os(as) demais presos(as). Para análise detida de tal dispositivo, dissociado das regras “do proceder” em prisões, ver o trabalho de A. Marques (2009). No processo em questão, há diversas anotações na ficha disciplinar em que se lê, por exemplo: “– Mudança de Cella: INSTITUTO PENAL DE CAMPO GRANDE, Motivo: TERMO DE SEGURO [...]”. CONSELHO DISCIPLINAR: ISOLADO PREVENTIVAMENTE EM CELA DISCIPLINAR, POR 10 DIAS [...]. CONSELHO DISCIPLINAR: REGISTRO DE FALTA DISCIPLINAR COM FULCRO NO ART. 60 DA LEI N. 7.210 DE 11 DE JULHO DE 1984 (LEI DE EXECUÇÃO PENAL), POR TER INFRINGIDO EM TESE O ART. 50, INCISO VI E ART. 52, CAPUT, AMBOS DA LEI N. 7.210, DE 11/7/1984, COM A NOVA REDAÇÃO DADA PELA LEI N. 10.792, DE 1.º/12/2003 C/C ARTIGO 1.º DA LEI N. 11.466/2007 E O ART 147 DO CPB [...]”. A literatura também aponta que “ser ‘nóia’ é perder o respeito dos pares” (Feltran, 2020, p. 53), situação que se coloca dentro e fora das instituições penais.

Vale destacar que o art. 9.º, § 3.º, da Resolução CNJ n. 213/2015 (CNJ, 2015), que dispõe sobre a realização de audiência de custódia, disciplina sobre a garantia do acesso aos serviços médico e psicossocial para pessoas com quadro de transtorno mental ou dependência química. Ainda, é importante sublinhar que a inexistência de HCTP não garante que elementos importantes da Resolução CNJ n. 487/2023 estejam sendo assegurados, como a vedação de “isolamento compulsório” e de “alojamento em ambiente impróprio”, indicando a necessidade de revisão de fluxos em todo o ciclo penal, a articulação com as políticas públicas de proteção social e a verificação acerca da alocação de pessoas com transtorno mental em unidades prisionais, alas e outros espaços com características asilares. A medida cautelar, de acordo com a mesma Resolução CNJ n. 487 (CNJ, 2023c), no seu art. 7.º, I e II, deve ser avaliada pela autoridade judicial, evitando medida que dificulte o acesso ao melhor tratamento disponível e/ou que seja incompatível com a rotina da rede de saúde.

De outro lado, a pesquisa indica que a **internação provisória** (art. 319, VII, CPP) também é recorrente no Brasil, tendo sido aplicada em 27,89% dos processos de todas as UF's analisadas, contra 49,32% dos processos em que não houve a aplicação desse tipo de medida cautelar; os não informados perfazem 22,79% dos casos. Como se vê no gráfico a seguir, os percentuais de não informados são relevantes, sobretudo no Pará, na Paraíba, em São Paulo e no Rio Grande do Sul.

Na **Bahia**, 57,5% dos processos indicam medida de internação provisória, com a segunda maior taxa entre as UF's analisadas.

O **Mato Grosso Sul** revela especificidade que merece ser mencionada. A taxa de “não” para internação provisória é alta, 84,62%, com um caso de não informado e outro em que tal medida foi aplicada. Contudo, trata-se de um estado da federação sem HCTP e os réus com medida cautelar são encaminhados para unidades prisionais de segurança máxima, como a Penitenciária de Segurança Máxima de Naviraí/MS, em alas comuns e, posteriormente, após a sentença que reconhece a inimputabilidade e decide pela aplicação da medida de segurança, são transferidos para alas psiquiátricas em unidades prisionais ou permanecem nas mesmas unidades prisionais de segurança máxima.

No **Pará**, 47,22% dos processos indicam aplicação dessa medida, com taxa de não informado de 33,33% e 19,44% de casos em que não houve internação provisória.

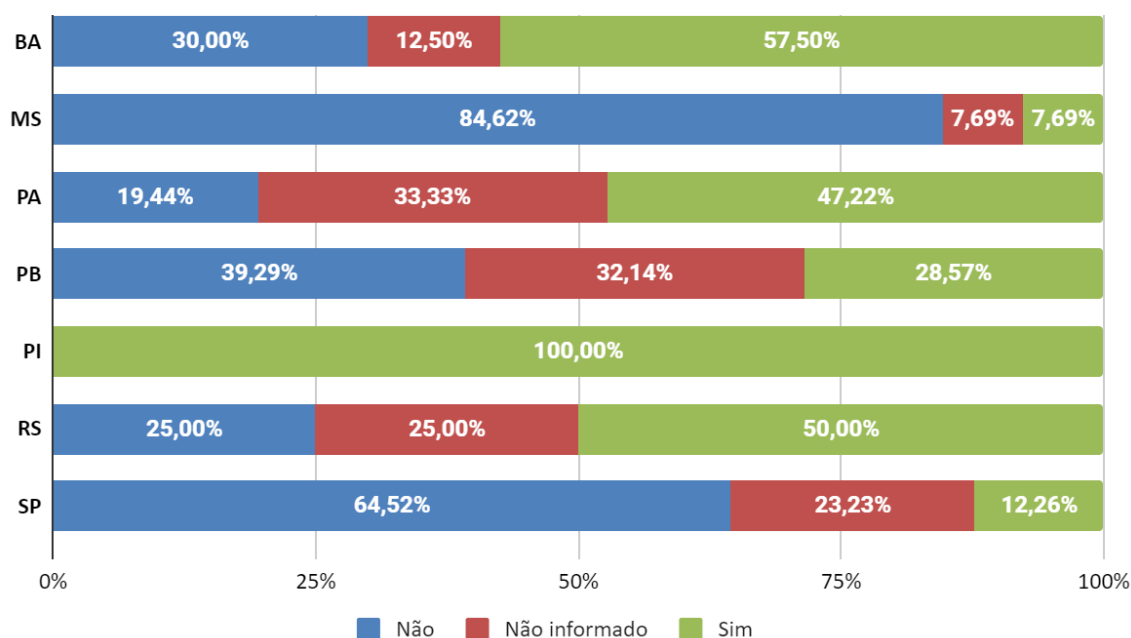
Na **Paraíba**, a taxa é inferior, 28,57%, com 39,29% de casos em que tal medida não foi aplicada e, como já assinalado, com taxa de não informados de 32,14%, o que prejudica a análise para esse estado da federação.

No **Piauí**, UF onde não há HCTP, a internação provisória representa 100% dos casos e se refere ao encaminhamento de pessoas para um hospital psiquiátrico da rede pública do estado, conforme será detalhado adiante.

No **Rio Grande do Sul**, metade dos processos analisados indica a aplicação da internação provisória, 50%, contra 25% de processos em que essa medida cautelar não foi aplicada e 25% de casos não informados.

Em **São Paulo**, não há registro de internação provisória em 64,52% dos processos, enquanto essa medida cautelar se apresenta em 12,26% dos autos processuais e os não informados representam 23,23% da amostra.

Gráfico 38 – Houve determinação de internação provisória?



Fonte: elaboração própria.

A internação provisória é, assim, realidade no sistema de justiça, mesmo que haja diversa orientação jurisprudencial. O STJ afirmou, por exemplo, a impossibilidade da execução provisória da medida de segurança no julgamento do HC 226.014, em 2012 (Brasil, 2012). Nesse julgamento,

[...] a ministra Laurita Vaz afirmou não ser cabível no ordenamento jurídico a execução provisória da medida de segurança, invocando a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), que naquela época – como agora – considerava inviável a execução provisória da pena, existindo apenas a figura da prisão cautelar, que deve ser devidamente justificada. [...]

“Ora, a medida de segurança se insere no gênero sanção penal, do qual figura como espécie, ao lado da pena. Se assim o é, não é cabível no ordenamento jurídico a execução provisória da medida de segurança, à semelhança do que ocorre com a pena aplicada aos imputáveis”, explicou a relatora. (Superior Tribunal de Justiça, 2022, s/p)

Para a referida ministra, deve prevalecer a regra do artigo 171 da Lei de Execução Penal, segundo a qual a execução tem início após a expedição da competente guia – o que só é possível depois de transitada em julgado a decisão. A realidade da internação provisória pode ser mais gravosa em estados que sequer possuem HCTPs, como será analisado adiante.

Por outro lado, a internação provisória abre possibilidade para a detração, o que deve ser levado em conta para compor o prazo de duração da medida de segurança, conforme prevê o Código Penal, no seu art. 42.

A **liberdade provisória**, ao mesmo tempo, é uma exceção no país, em contraponto ao ditame legal (art. 321, CPP), o que reforça o quadro geral de aprisionamento.

Esse benefício não foi concedido em 62,5% dos processos, na **Bahia**, tendo sido acionada em 22,5% dos casos. O percentual de não informados é de 15%.

No **Mato Grosso do Sul**, a liberdade provisória não foi aplicada em 76,92%, sendo concedida em apenas 23,08% dos processos.

No **Pará**, foi concedida em 13,89% dos processos e, embora a taxa de não informados seja expressiva (36,11%), 50% dos processos indicam que a medida não foi aplicada.

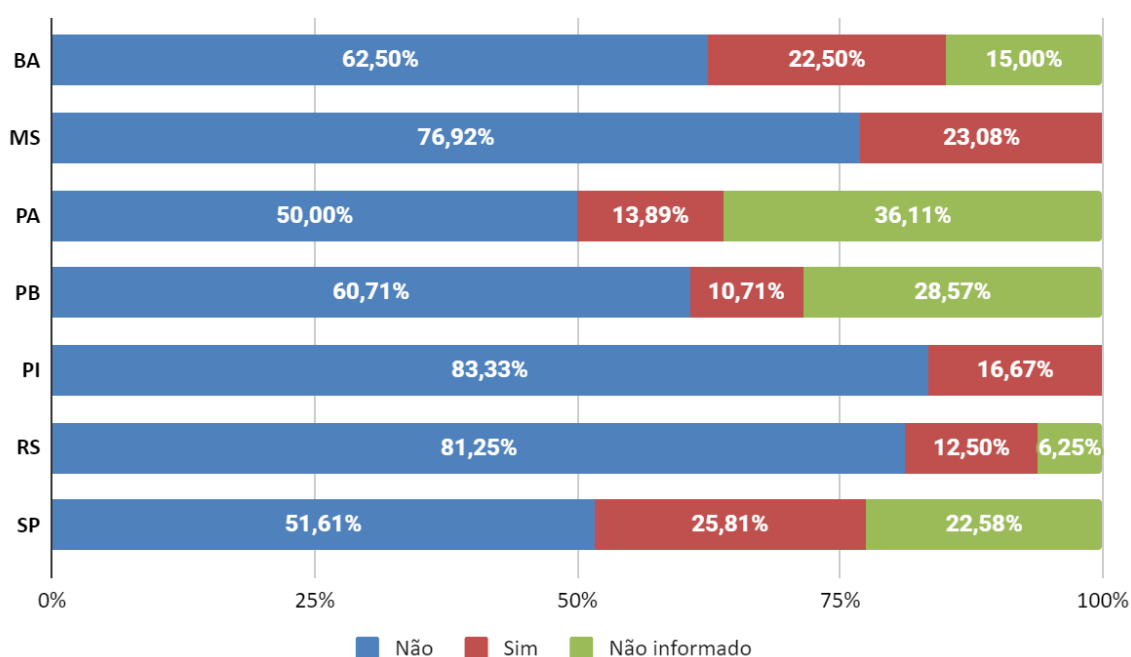
Na **Paraíba**, a liberdade provisória não foi estabelecida em 60,71% dos processos, sendo concedida em 10,71% dos casos. O percentual de não informados é 28,57%.

No **Piauí**, não foi concedida em 83,33% dos processos e foi aplicada apenas em 16,67% dos casos.

No **Rio Grande do Sul**, verifica-se a ausência de liberdade provisória em 81,25% dos processos, contra 12,5% em que a medida foi aplicada.

Em **São Paulo**, a liberdade provisória não foi aplicada em 51,61% dos processos, enquanto ela foi concedida em 25,81%, com o registro de 22,58% de não informados.

Gráfico 39 – Houve determinação de liberdade provisória?



Fonte: elaboração própria.

Observa-se, portanto, uma fase pré-processual caracterizada pela prevalência de prisões e internações provisórias, bem como por inquéritos por flagrante, refletindo desde o princípio uma lógica marcadamente de aprisionamento.

2.1.2 Exames de sanidade mental, de cessação de periculosidade e a atuação das equipes multiprofissionais

Este tópico aborda dois tipos de documentos que se aplicam exclusivamente às pessoas consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis: o Exame de Sanidade Mental e o EVCP. No processo de avaliação, também considerou-se a atuação de Equipes Multiprofissionais, além da perícia oficial, realizada por médico(a) psiquiatra.

A medida de segurança, como se sabe, é aplicada às pessoas consideradas inimputáveis e semi-imputáveis, tomando como fundamento a periculosidade (a probabilidade de praticar nova infração penal). Segundo o Código Penal, em seu artigo 26, pessoas que, processualmente, apresentem quadros de sofrimento mental ou deficiência intelectual, podem ser consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis, a depender do resultado do Incidente de Insanidade Mental. Nesse processo, que corre apartado dos autos principais, o juízo se baseia no Exame de Sanidade Mental para verificar se a pessoa em conflito com a lei estava, à época dos fatos, consciente de que o ato praticado é ilícito perante o ordenamento jurídico brasileiro. O agente inimputável é aquele que de forma total não pôde compreender o caráter ilícito do fato. Já o semi-imputável é aquele que, em algum grau, teve o seu entendimento prejudicado acerca da ilicitude, podendo esse quadro ser temporário, referente apenas ao período do fato.

Mesmo que a chamada presunção da periculosidade da pessoa com transtorno mental tenha sido revogada pela reforma do Código Penal Brasileiro, em 1984, observa-se que a medida de segurança ainda está alicerçada nesse conceito, visto que a periculosidade persiste como seu marco fundamental. Com a implementação da Lei n. 10.216/2001, o seu impacto no sistema de aplicação das medidas de segurança levanta questionamentos sobre a adequação normativa e conceitual da noção de periculosidade (Carvalho, 2020).

Entre os exames, o primeiro a ser analisado é o **Exame de Sanidade Mental**. É um exame médico-legal realizado após a instauração do Incidente de Insanidade Mental para averiguação da inimputabilidade ou semi-imputabilidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (art. 149, CPP).

Esse exame tem como objetivo observar, conforme as percepções do(a) psiquiatra, se a pessoa tem capacidade de entendimento sobre o caráter delituoso de seus atos e de se determinar por eles. Geralmente, também é questionado se a pessoa possui algum transtorno mental ou deficiência intelectual, qual o diagnóstico, se transitório ou duradouro, e se este traz risco à sociedade. Isso pode determinar a compreensão acerca da inimputabilidade ou semi-imputabilidade (art. 26, CP). Assim, esse exame tem a pretensão de atestar a suposta periculosidade³² do avaliado e fazer associação direta entre o diagnóstico e a capacidade de compreensão e escolha em relação ao crime cometido. Tal exame pode trazer recomendações quanto ao tratamento mais adequado de acordo com o caso.

Segundo o artigo 10 da Resolução CNJ n. 487/2023, a análise acerca da imputabilidade da pessoa pode incluir a solicitação de informações sobre o atendimento e tratamento nos serviços ao quais ela esteja vinculada, em caso de tratamento anterior,

32. Para aprofundamento acerca da periculosidade, ver Levy, Silva e Rocha (2023).

desde que seja observado o sigilo médico e de informações pessoais (CNJ, 2023c). Como a alegação de inimputabilidade e de semi-imputabilidade é entendida como tese defensiva, o parágrafo único do mesmo artigo veda que a prova pericial seja realizada de maneira compulsória quando houver oposição da defesa. Assim, caso a defesa discorde que o exame que declara o réu inimputável ou semi-imputável seja realizado, o juízo não poderá assim o fazer.

Outro exame chave para a análise é o **EVCP**, previsto nos arts. 175 e 176 da LEP. O EVCP é realizado para verificar se houve a cessação da periculosidade da pessoa submetida à medida de segurança. É composto por relatório da autoridade administrativa com laudo psiquiátrico (art. 175, LEP). Em regra, o EVCP é constituído apenas pelo laudo psiquiátrico, fruto da perícia realizada por profissionais da psiquiatria, com a finalidade de subsidiar a decisão judicial acerca da possibilidade ou não de desinternação da pessoa submetida à medida de segurança.

O EVCP é realizado após iniciada a execução da medida de segurança e tem como principal objetivo atestar se houve a cessação da periculosidade a partir do tratamento recebido, quando o(a) perito(a), geralmente, avalia questões como adesão ao tratamento, culpa, arrependimento e perspectivas de futuro. Trata-se de exame realizado após o período mínimo de internação determinado pelo juízo, para averiguar se houve a remissão dos sintomas e/ou cessação dos riscos de a pessoa cometer novos delitos em caso de desinternação, quando são verificados os seus antecedentes pessoais e criminais, o seu estado mental e a sua “evolução” mediante o “tratamento” oferecido pelo sistema penal. No bojo deste debate, Alvarez (1996, p. 40) aponta:

[...] a perícia psiquiátrica, chamada inicialmente para estabelecer a medida da participação da liberdade individual no ato criminoso, acabou por instalar-se em todo o processo penal ao avaliar permanentemente o comportamento do indivíduo e sua possibilidade de cura e recuperação, ganhando com isso o poder psiquiátrico, novas funções de controle social.

É importante observar que além da perícia psiquiátrica, tem crescido a atuação de outros órgãos e profissionais. O **Exame Multiprofissional de Avaliação** é realizado por equipe multiprofissional composta, geralmente, por profissionais da psicologia, do serviço social, da terapia ocupacional, e, em regra, é utilizado de forma complementar à perícia psiquiátrica, seja para a aplicação, para a revogação ou para a manutenção da medida de segurança, inclusive para subsidiar a decisão de desinternação.

Entendendo que pessoas com deficiência também podem ser submetidas à medida de segurança, a avaliação biopsicossocial também deve ser realizada, conforme disposto na Lei n. 13.146/2015 ou Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2015). A avaliação é multidisciplinar e interdisciplinar, obrigatoriamente, e necessita abarcar todas as particularidades da pessoa a ela submetida. Acerca da necessidade da avaliação biopsicossocial e de sua importância, Almeida (2021, p. 54) discorre:

Para se chegar à compreensão deste novo formato da avaliação da pessoa com deficiência, pergunta-se: por que biopsicossocial? A resposta a esta indagação está no fato de que, conforme o modelo social, a deficiência decorre da interação entre impedimentos pessoais e barreiras impostas artificialmente pela sociedade, portanto, necessariamente, para a compreensão da deficiência, a análise dos aspectos individuais da pessoa deve

estar atrelada à compreensão de seu meio. Dito de outro modo, a análise de aspectos pessoais, biológicos e psicológicos da pessoa com deficiência deve se dar a partir da sua relação com o ambiente, com a família, com a comunidade, com a sociedade e com o próprio Estado. Somente com a adoção deste formato biopsicossocial da avaliação, estará atendido o modelo social da deficiência.

Para esta pesquisa, observou-se se tais avaliações são realizadas por equipes lotadas em diferentes instituições na fase de execução da medida de segurança, tendo em vista que, para o processo de desinternação das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, cada vez mais têm sido consideradas avaliações que adotam paradigma diverso da cessação de periculosidade (predominantemente adotado nos EVCPs), em conformidade com as Resoluções do CNJ já citadas anteriormente.

Dessa forma, no questionário de coleta de dados, abriram-se alternativas para contemplar a avaliação multiprofissional por equipe da VEP, por equipe do Hospital de Custódia ou da unidade prisional, por equipe multiprofissional de EAP e por equipe da RAPS. Destaca-se que a EAP é equipe interdisciplinar que compõe o Serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do SUS (Brasil, 2014b).

Passando à análise dos dados da amostra, quanto ao exame de sanidade mental, nota-se que foi realizado na maioria dos casos. No entanto, a sua não ocorrência foi constatada em 6,8% dos casos. Embora este cenário represente números menos expressivos, devem ser enfatizados, haja vista que retratam situações em que medidas de segurança foram aplicadas sem a realização de exame pericial.

Tabela 48 – Houve exame de sanidade mental antes da sentença?

UF	Sim		Não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
BA	40	100%	-	-	40	100%
MS	12	92,31%	1	7,69%	13	100%
PA	31	86,11%	5	13,89%	36	100%
PB	27	96,43%	1	3,57%	28	100%
PI	6	100%	-	-	6	100%
RS	15	93,75%	1	6,25%	16	100%
SP	143	92,26%	12	7,74%	155	100%
Total geral	274	93,2%	20	6,8%	294	100%

Fonte: elaboração própria.

Quanto aos(as) profissionais responsáveis pelo exame de sanidade mental, os(as) psiquiatras atuam em 83,67% dos casos, com maior poder nesse campo de atuação, enquanto outros(as) profissionais realizam e assinam tal exame em apenas 1,02% da amostra; os não informados correspondem a 8,5%. Os dados para as UFs seguem a regra dos estados estudados, conforme tabela que se segue.

Tabela 49 – O exame de sanidade mental foi realizado por quais profissionais?

UFs	Psiquiatra(s)		Outro(a) profissional		Não informado		NSA ³³		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
BA	30	75%	-	-	10	25%	-	-	40	100%
MS	11	84,62%	1	7,69%	-	-	1	7,69%	13	100%
PA	29	80,56%	1	2,78%	1	2,78%	5	13,89%	36	100%
PB	26	92,86%	-	-	1	3,57%	1	3,57%	28	100%
PI	6	100%	-	-	-	-	-	-	6	100%
RS	11	68,75%	-	-	4	25%	1	6,25%	16	100%
SP	133	85,81%	1	0,65%	9	5,81%	12	7,74%	155	100%
Total geral	246	83,67%	3	1,02%	25	8,5%	20	6,8%	294	100%

Fonte: elaboração própria.

O predomínio dos(as) psiquiatras na realização dos exames de sanidade mental é evidente em todos os estados contemplados nesta pesquisa.

Na **Bahia**, verifica-se 75% de casos, com o número de casos de não informados de 25%. O percentual no **Mato Grosso do Sul** é de 84,62%. O **Pará** apresenta percentual de 80,56%, e 13,89% de exames não realizados – casos em que não houve indicação de cumprimento de medida de segurança durante a instrução processual. Na **Paraíba**, são 92,86% dos casos e, no **Piauí**, 100%. São 68,75% de casos no **Rio Grande do Sul**, percentual mais baixo em relação às demais UFs, provavelmente, por conta de 25% de casos não informados. **São Paulo** conta com 85,81% dos exames realizados por psiquiatras e apenas 0,65% de casos com exames feitos por outros(as) profissionais.

Entre os exames realizados em São Paulo, foram contados, além de exames de sanidade mental, exames toxicológicos, uma vez que estes últimos também são utilizados para verificar a sanidade mental do réu, situação específica do caso de São Paulo. Dos processos estudados neste estado com registro de realização de exame, 5,81% destes não especificam qual o(a) profissional responsável.

Chama a atenção que no **Pará**, no **Mato Grosso do Sul** e em **São Paulo** há realização deste exame por outros(as) profissionais, não especificados na amostra, mas em casos muito raros.

A pesquisa também buscou compreender quais são as recomendações dos exames.

No estado da **Bahia**, os exames que recomendam tratamento ambulatorial perfazem 17,5% da amostra, enquanto apenas 5% dos exames realizados recomendam internação em HCTP; 35% dos exames neste estado não apresentaram nenhuma recomendação.

O **Mato Grosso do Sul** indica distribuição menos desigual de recomendações para internação em HCTP e tratamento ambulatorial, 23,08% para ambos, respectivamente. Enquanto no **Rio Grande do Sul**, não há casos de recomendação para tratamento ambulatorial e prevalecem as indicações de internação em HCTP (43,75%).

33. Casos em que o exame não foi realizado.

Destaca-se que o estado Mato Grosso do Sul não possui HCTP, ainda que existam recomendações de internação em instituição desta natureza.

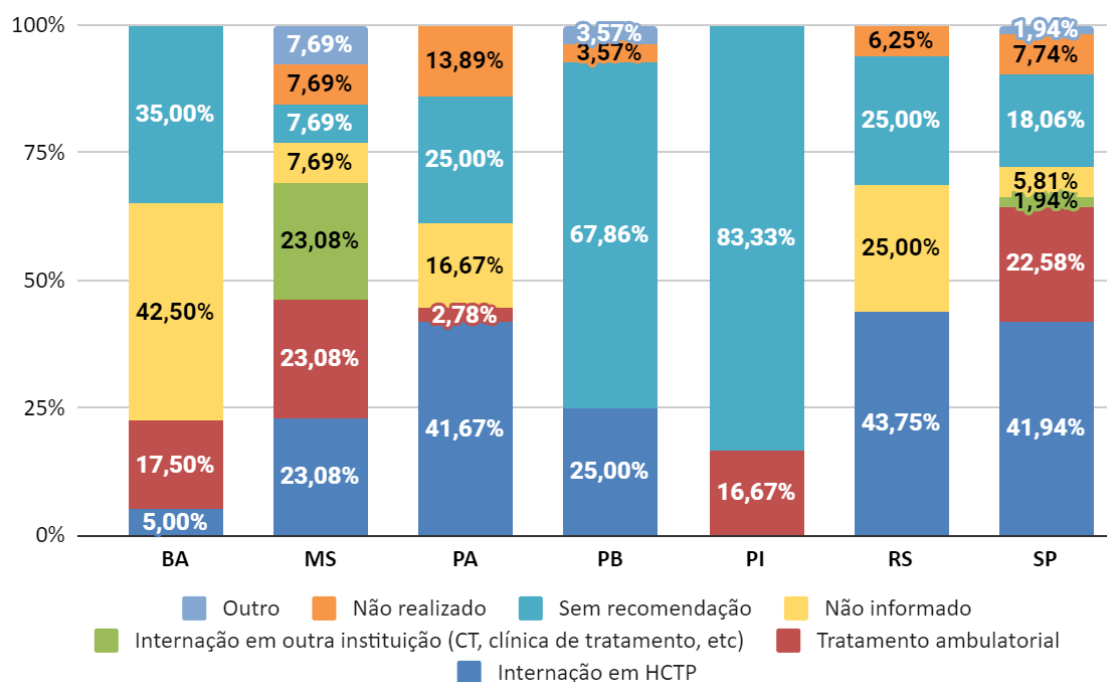
Nota-se que há resultados significativos de recomendação para internação em Hospital de Custódia no **Pará**, 41,67%. O percentual de recomendação para tratamento ambulatorial é de 2,78%, enquanto 25% dos exames se atêm apenas a descrever o diagnóstico do réu.

Na **Paraíba**, os exames que nada recomendam são a maioria, sendo 67,86% da amostra. Não há casos de recomendação para tratamento ambulatorial e as indicações para internação em HCTP são recorrentes em 25% dos casos. No **Piauí**, os exames que nada recomendam são também maioria, 83,33%, contra apenas 16,67% de indicação de tratamento ambulatorial.

Em **São Paulo**, nos 155 processos analisados na amostra, 41,94% tiveram como recomendação a internação em HCTP; 22,58% o tratamento ambulatorial; 1,94% a internação em outra instituição, não relacionada ao sistema penal; 18,06% não forneceram nenhuma recomendação, se bastando em atestar inimputabilidade ou semi-imputabilidade; em 5,81% não foi possível identificar qualquer recomendação; e em 7,74% dos processos sequer o exame foi realizado. Em 1,94% da amostra de casos, houve outra recomendação, estando em evidência a permanência de convívio familiar para melhor adesão ao tratamento.

Chama a atenção, portanto, a produção de exames que não estão alinhados com as recomendações para tratamento ambulatorial e não manicomial, conforme preconiza a Lei n. 10.216/2001. Isso é evidenciado pelas altas porcentagens de exames que não especificam o tipo de tratamento adequado para a população com transtorno mental em conflito com a lei. Por um lado, observa-se essa lacuna, enquanto, por outro lado, destacam-se as taxas significativas de internação nos estados do **Pará, Paraíba, Rio Grande do Sul e São Paulo**.

Gráfico 40 – Qual é a recomendação do exame?



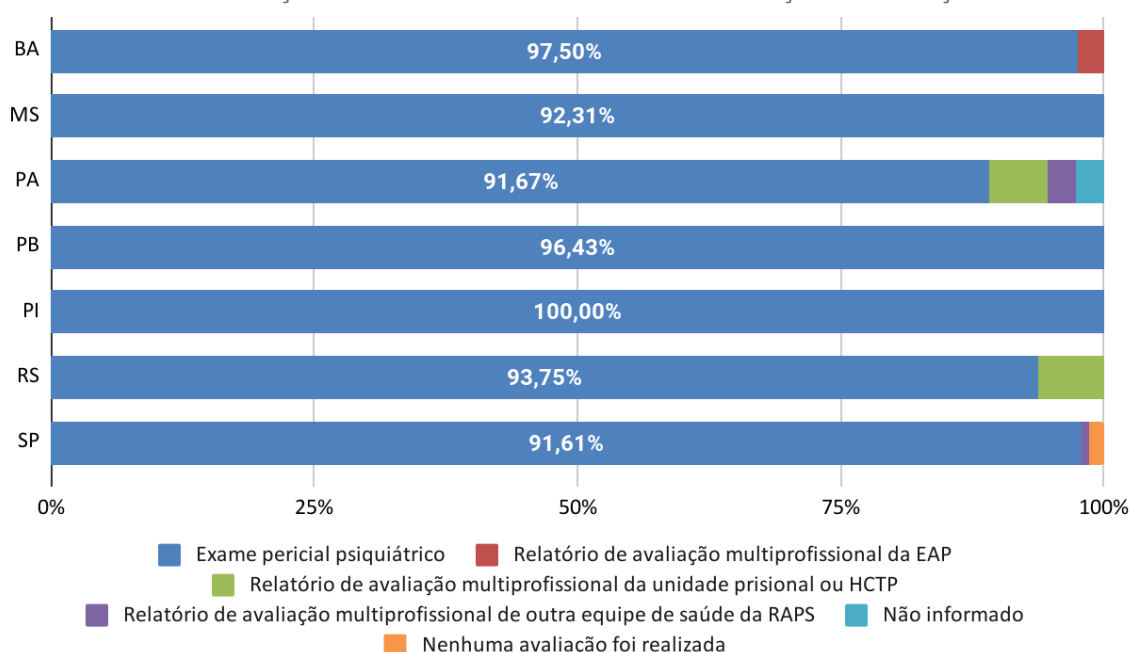
Fonte: elaboração própria.

A pesquisa também buscou compreender quais exames e avaliações foram realizados antes da sentença, ainda durante a fase de instrução processual.

Na **Bahia**, em 97,5% dos casos analisados, houve realização de exame pericial psiquiátrico antes da sentença. Em 2,5% do total de casos analisados, houve realização de avaliação multiprofissional da EAP. No **Mato Grosso do Sul**, em 92,31% dos casos, há registro de realização do exame pericial psiquiátrico. Já no **Pará**, a realização do mesmo exame foi registrada em 91,67% da amostra. Houve também registros da realização de relatório de avaliação da unidade prisional ou HCTP, que apareceu em 5,56% dos casos. Em 2,78% deles houve registro de relatório de avaliação multiprofissional de outra equipe de saúde da RAPS.

Não há informação sobre os exames e avaliações realizadas antes da sentença em 2,78% dos casos do **Pará**. Na **Paraíba**, em 96,43% dos casos, houve realização de exame pericial antes da sentença. No **Piauí**, a mesma coisa ocorreu em 100% da amostra de tal estado. No **Rio Grande do Sul**, 93,75% dos casos tiveram exame pericial psiquiátrico realizado antes da sentença e, em 6,25%, houve avaliação multiprofissional da unidade prisional ou HCTP nesse momento processual. Por fim, em **São Paulo**, em 91,61% da amostra há registro de realização de exame pericial psiquiátrico. Em 0,65% registrou-se a realização de relatório de avaliação multiprofissional de outra equipe de saúde da RAPS e em 1,29% dos casos, nenhuma avaliação foi realizada.

Gráfico 41 – Avaliações e exames realizados antes da sentença de internação



Fonte: elaboração própria.

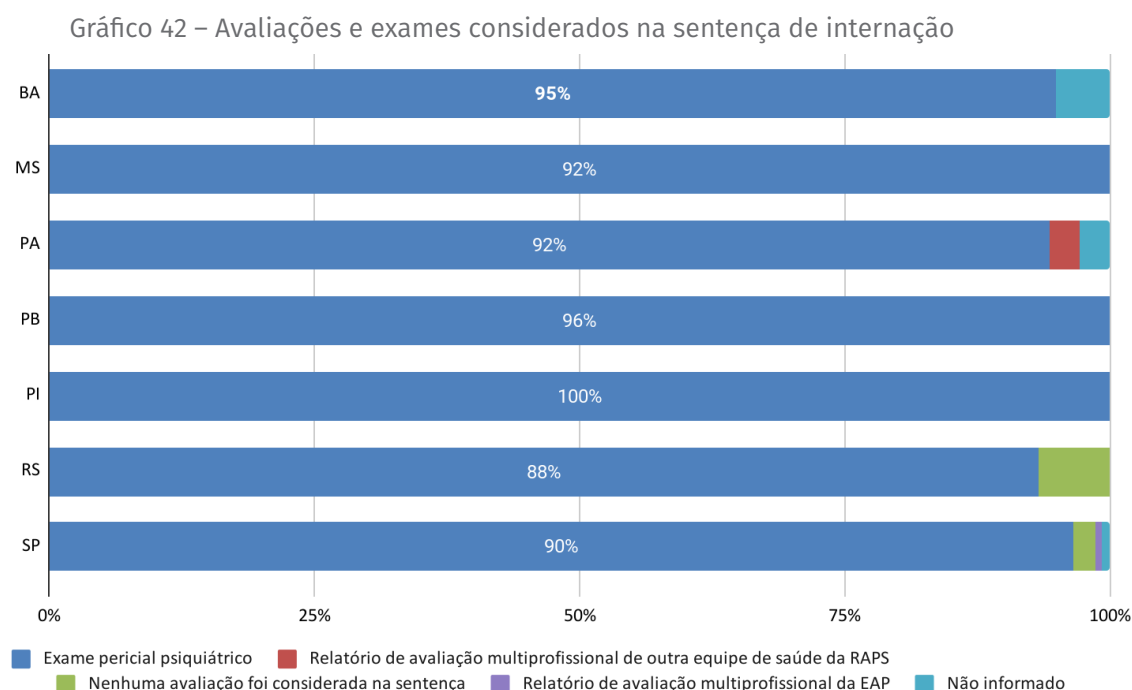
Os dados revelam que o exame pericial psiquiátrico é praticamente a única avaliação realizada antes da sentença, confirmando que mesmo com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, há mais de 20 anos, ainda prevalece a aplicação restrita dos dispositivos do Código Penal e do CPP, anteriores à CF de 1988. Em três estados (**Mato Grosso do Sul, Paraíba e Piauí**) não houve registro de nenhum outro tipo de avaliação nesse momento processual.

Além de identificar quais foram os exames realizados, a pesquisa também registrou quais avaliações e exames foram citados na sentença, o que ajuda a avaliar quais profissionais têm informado as decisões dos(as) magistrados(as) sobre a necessidade de determinação de uma medida de segurança de internação.

Na **Bahia**, 95% das sentenças analisadas citaram o exame pericial psiquiátrico. Em outros 5%, não foi possível obter tal informação. No **Mato Grosso do Sul**, 92,31% dos casos – todos em que houve determinação de medida de segurança – mencionaram o exame pericial psiquiátrico. No **Pará**, o mesmo exame foi citado em 91,67% da amostra deste estado. Somente em 2,78% deles houve menção ao relatório de avaliação multiprofissional de outra equipe de saúde da RAPS. Outros 2,78% correspondem aos casos sem informação sobre tais menções.

Já na **Paraíba**, 96,43% dos casos analisados mencionam o exame psiquiátrico pericial. No **Piauí**, 100% dos casos analisados também mencionam tal exame. No **Rio Grande do Sul**, 87,5% dos casos fazem menção ao exame pericial, enquanto em 6,25% não houve nenhuma avaliação citada na sentença. Por fim, em **São Paulo**, 89,68% das sentenças da amostra mencionam o exame pericial psiquiátrico. Em 1,94% dos casos do estado, nenhuma avaliação foi considerada na sentença. Em 0,65% considerou-se a

avaliação multiprofissional da EAP e em outros 0,65% dos casos não foi possível obter essa informação.



Fonte: elaboração própria.

Fica evidente a centralidade do exame psiquiátrico para a determinação da medida de internação, uma vez que em todos os estados analisados este é o principal apoio dos(as) magistrados(as) que vão prolatar a sentença. Sendo ele praticamente a única avaliação realizada antes da sentença, é fácil entender o motivo pelo qual ele é o único documento utilizado pelos(as) magistrados(as) no momento de tomar a decisão. Mesmo no caso do **Pará**, em que houve avaliação multiprofissional por equipe do HCTP realizada antes da sentença em 5,56% dos casos, somente em 2,78% deles o(a) magistrado(a) considerou tal avaliação no momento da sentença. Apesar da importância do diagnóstico psiquiátrico na determinação da medida de segurança, fica evidente que, ao menos antes da sentença, não há espaço para nenhum outro tipo de avaliação – psicológica, por exemplo – que envolva o quadro de saúde da pessoa com transtorno ou em sofrimento mental, e, mais ainda, os possíveis caminhos para o seu cuidado em saúde mental, acesso a direitos e construção ou fortalecimento de vínculos sociais e comunitários.

Cabe, agora, analisar o papel das **avaliações multiprofissionais** realizadas durante a fase de execução da medida de segurança. Busca-se identificar a presença, ou ausência, de avaliações realizadas por equipe da VEP, por equipe do Hospital de Custódia/Unidade Prisional, por EAP e por equipe da RAPS.

Com relação à **avaliação multiprofissional realizada por equipe da VEP**, identificou-se que, no estado da **Bahia**, não houve nenhum registro de atuação neste sentido; já no **Mato Grosso do Sul**, houve apenas um caso, o que equivale ao percentual de 7,69% dos processos analisados; no **Pará**, registrou-se o equivalente a 69,44% dos casos analisados; na **Paraíba**, houve apenas um caso, o que equivale a 3,57% dos processos; no **Piauí**, não

há registro em nenhum processo de realização de avaliação por equipe da VEP; e, por fim, no **Rio Grande do Sul**, há apenas um caso em que registrou-se essa atuação, o que equivale a 6,25% dos processos analisados deste estado. Em **São Paulo**, registrou-se o percentual de 1,94% de casos analisados pela equipe da VEP.

Tabela 50 – Houve realização de avaliação multiprofissional por equipe da Vara de Execuções Penais após a sentença de internação?

UF	Sim		Não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
BA	0	--	40	100%	40	100%
MS	1	7,69%	12	92,31%	13	100%
PA	25	69,44%	11	30,56%	36	100%
PB	1	3,57%	27	96,43%	28	100%
PI	0	--	6	100%	6	100%
RS	1	6,25%	15	93,75%	16	100%
SP	3	1,94%	152	98,06%	155	100%

Fonte: elaboração própria.

Portanto, é latente a ausência ou insuficiência de atuação das equipes multiprofissionais da VEP nos estados da **Bahia, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Sul e São Paulo**, sendo que apenas o estado do **Pará** apresenta uma participação significativa dessas equipes nas avaliações, algo de grande importância, visto que a VEP integra o Poder Judiciário, agente que profere as decisões.

No que tange à realização de **avaliação multiprofissional de equipe do hospital de custódia ou da unidade prisional**, esta se fez presente em 5% dos processos analisados na **Bahia**. No **Mato Grosso do Sul**, há registro em 7,69%; já no **Pará**, esta equipe atuou em 83,33% dos processos deste estado. Na **Paraíba**, não há qualquer registro de atuação de equipe do hospital de custódia ou unidade prisional. No **Piauí**, em 33,33% dos processos houve tal participação. Por fim, no **Rio Grande do Sul**, há registro de atuação da equipe do HCT em 93,75% dos processos deste estado. Em **São Paulo** tal atuação foi identificada em 69,03% dos casos, com avaliações feitas pela equipe do HCTP.

Tabela 51 – Houve realização de avaliação multiprofissional de equipe do hospital de custódia ou da unidade prisional após a sentença de internação?

UF	Sim		Não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
BA	2	5%	38	95%	40	100%
MS	1	7,69%	12	92,31%	13	100%
PA	30	83,33%	6	16,67%	36	100%
PB	0	--	28	100%	28	100%
PI	2	33,33%	4	66,67%	6	100%
RS	15	93,75%	1	6,25%	16	100%
SP	107	69,03%	48	30,97%	155	100%

Fonte: elaboração própria.

A avaliação realizada por equipes multiprofissionais dos HCTPs e das unidades prisionais é de grande relevância, uma vez que estes profissionais acompanham continuamente os(as) internados(as), e, portanto, são aqueles(as) que possuem maiores condições de avaliar o quadro psíquico das pessoas internadas e explicitar a existência ou ausência de tratamento e contato com a família e com a rede de serviços públicos adequados, durante o período de internação.

Já com relação às avaliações multiprofissionais de EAP, identificou-se que: na **Bahia**, não há qualquer registro de atuação da EAP; no **Mato Grosso do Sul**, em 38,46% dos processos analisados se fazem presentes avaliações da EAP; no **Pará**, foram encontrados registros desta atuação em 86,11%. Enquanto isso, na **Paraíba**, no **Piauí** e no **Rio Grande do Sul** não há qualquer registro neste sentido. Em **São Paulo**, somente em 3,23% houve avaliações pela EAP. Aqui, cabe registrar que a informação relacionada ao Piauí gera alguma surpresa, uma vez que, desde 2015, há atuação de duas EAPs habilitadas naquele estado (Pereira et al., 2017). A discussão sobre as EAPs no Piauí será retomada mais adiante (tópico 3.4.2.2, Trânsito entre as instituições depois do fato e antes da desinternação)."

Tabela 52 – Houve realização de avaliação multiprofissional de EAP após a sentença (durante a execução)?

UF	Sim		Não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
BA	0	--	40	100%	40	100%
MS	5	38,46%	8	61,54%	13	100%
PA	31	86,11%	5	13,89%	36	100%
PB	0	--	28	100%	28	100%
PI	0	--	6	100%	6	100%
RS	0	--	16	100%	16	100%
SP	5	3,23%	150	96,77%	155	100%

Fonte: elaboração própria.

Por fim, no que diz respeito ao registro de **avaliação multiprofissional por equipe da RAPS**, foi identificado um caso com esta participação na **Bahia**, o que equivale a 2,5% dos processos analisados neste estado; no **Mato Grosso do Sul**, houve seis avaliações realizadas por equipe da RAPS, ou seja, em 46,15% dos processos; já no **Pará**, há quatro casos em que fora registrada essa atuação, o que equivale a 11,11% dos processos; na **Paraíba** e no **Piauí**, não há qualquer registro neste sentido; e, no **Rio Grande do Sul**, em apenas um caso, houve tal avaliação, isto é, em 6,25% dos processos deste estado. No estado de **São Paulo**, em 19 casos (12,26%) houve atuação da equipe da RAPS. Como pode-se perceber, somente no Mato Grosso do Sul o CAPS obteve certo protagonismo na realização dos exames, uma vez que apareceu em quase metade dos casos do estado.

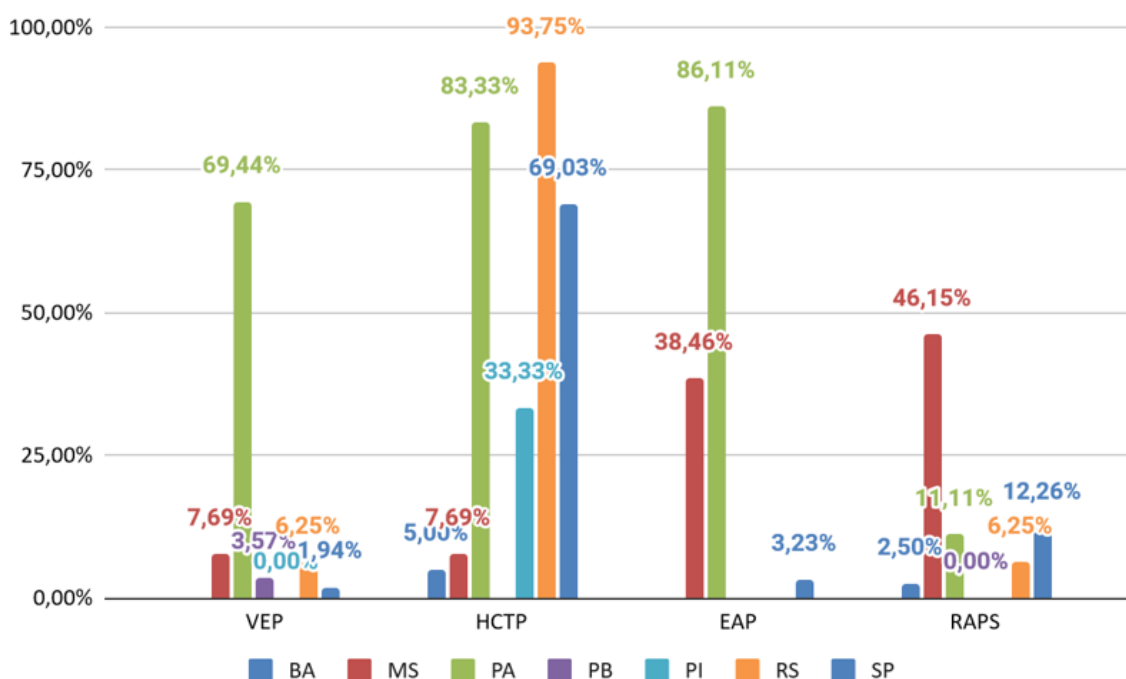
Tabela 53 – Houve realização de avaliação multiprofissional por outra equipe da RAPS (CAPS), após a sentença (durante a execução)?

UF	Sim		Não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
BA	1	2,5%	39	97,5%	40	100%
MS	6	46,15%	7	53,85%	13	100%
PA	4	11,11%	32	88,89%	36	100%
PB	0	--	28	100%	28	100%
PI	0	--	6	100%	6	100%
RS	1	6,25%	15	93,75%	16	100%
SP	19	12,26%	136	87,74%	155	100%

Fonte: elaboração própria.

Portanto, quando se visualiza o panorama geral da realização de avaliações multiprofissionais nestes processos, percebe-se que o EVCP feito pela perícia oficial ainda ocupa um lugar central (como será observado mais adiante). Todavia, outros laudos vão ganhando destaque. Esses podem tanto conflitar quanto reforçar os EVCPs.

Gráfico 43 – Exames multiprofissionais realizados durante a execução



Fonte: elaboração própria.

É possível identificar que, no estado da **Bahia**, em 5% dos casos analisados, houve a realização de exame multiprofissional por equipe do HCTP/Unidade Prisional, e apenas em 2,5% dos casos, houve realização de avaliação pela RAPS. Isso demonstra que há uma latente ausência da atuação de equipes multiprofissionais nos processos deste estado.

No **Mato Grosso do Sul**, em 7,69% dos casos, houve a realização de exame multiprofissional por equipe da VEP; também em 7,69% dos casos, houve a realização de exa-

me multiprofissional por equipe do HCTP/Unidade Prisional; em 38,46% dos processos, houve a realização de exame multiprofissional pela EAP; e, em 46,15% dos casos, houve a realização de exame multiprofissional pela RAPS.

No **Pará**, por sua vez, em 69,44% dos casos, houve a realização de exame multiprofissional por equipe da VEP; em 83,33%, houve a realização de exame multiprofissional por equipe do HCTP/Unidade Prisional; em 86,11%, houve a realização de exame multiprofissional pela EAP; e, em 11,11%, houve a realização de exame multiprofissional pela RAPS. O cenário neste estado é o mais satisfatório, entre os analisados, no que tange à realização de avaliações multiprofissionais, conforme preconiza a Resolução CNJ n. 487/2023.

Na **Paraíba**, o cenário é preocupante neste sentido, pois em apenas um caso, o equivalente a 3,57%, há registro de avaliação multiprofissional, tendo sido esta realizada por equipe da VEP.

No **Piauí**, por sua vez, em 33,33% dos casos, houve a realização de exame multiprofissional por equipe do HCTP/Unidade Prisional.

No **Rio Grande do Sul**, em 6,25% dos casos, houve a realização de exame multiprofissional por equipe da VEP; em 93,75%, houve a realização de exame multiprofissional por equipe do HCTP/Unidade Prisional; e em 6,25% dos casos houve a realização de exame multiprofissional pela RAPS.

Por fim, em **São Paulo**, foram realizados exames profissionais por equipe da VEP em 1,94% dos casos; em 69,03%, a equipe do HCTP realizou exames multi; já a realização de exame por equipe da EAP consta em 3,23% dos casos; quando se trata de exames realizados por equipe da RAPS, neste estado, há a incidência de 12,26%.

Como pode-se perceber, há, ainda, a centralidade da perícia oficial, todavia, com crescimento da atuação de outras equipes. A pesquisa identificou que os exames multiprofissionais divergem em porcentagem de aparição a depender do estado analisado. Enquanto em alguns estados a presença da VEP é consistente nos processos verificados, em outros, quase não há (ou realmente não há) a sua atuação. As equipes de HCTP são as mais presentes durante a execução, ainda que em porcentagens diferentes a depender do estado. No caso da EAP, há certa discrepância em sua atuação, uma vez que, em alguns estados, como o **Pará**, sua atuação é mais ressaltada, em outros, como o **Piauí**, mesmo com duas equipes habilitadas desde 2015, ela não comparece. O CAPS aparece frequentemente apenas no **Mato Grosso do Sul**, estando mais apagado nos demais estados. Não foram encontrados registros de presença de outras instituições no quesito dos exames multiprofissionais nos processos analisados.

2.1.3 Perfil das sentenças de internação: determinação das sentenças e tipos penais

Em relação **às sentenças** analisadas, as que determinaram o cumprimento de uma medida de segurança de internação foram a maioria em todos os estados analisados. Na **Bahia**, 82,5% dos casos registraram tal desfecho. Outros 10% representam sentenças em que houve determinação de medida de segurança, mas na modalidade de tratamento

ambulatorial. Por fim, 7,5% das sentenças determinaram uma pena a ser cumprida em unidade prisional, a ser substituída pela internação – são casos de pessoas semi-imputáveis.

Já no **Mato Grosso do Sul**, as sentenças em que houve determinação de medida de segurança de internação representam 92,31% do total. Em 7,69% da amostra, houve determinação de pena com possibilidade de aguardar o processamento do recurso em liberdade.

No **Pará**, 94,44% das sentenças impuseram medida de segurança com determinação de internação. Já em 5,56% dos casos houve determinação de cumprimento de pena com encaminhamento para unidade prisional – trata-se de casos em que a pena foi convertida para medida de segurança posteriormente, durante a execução.

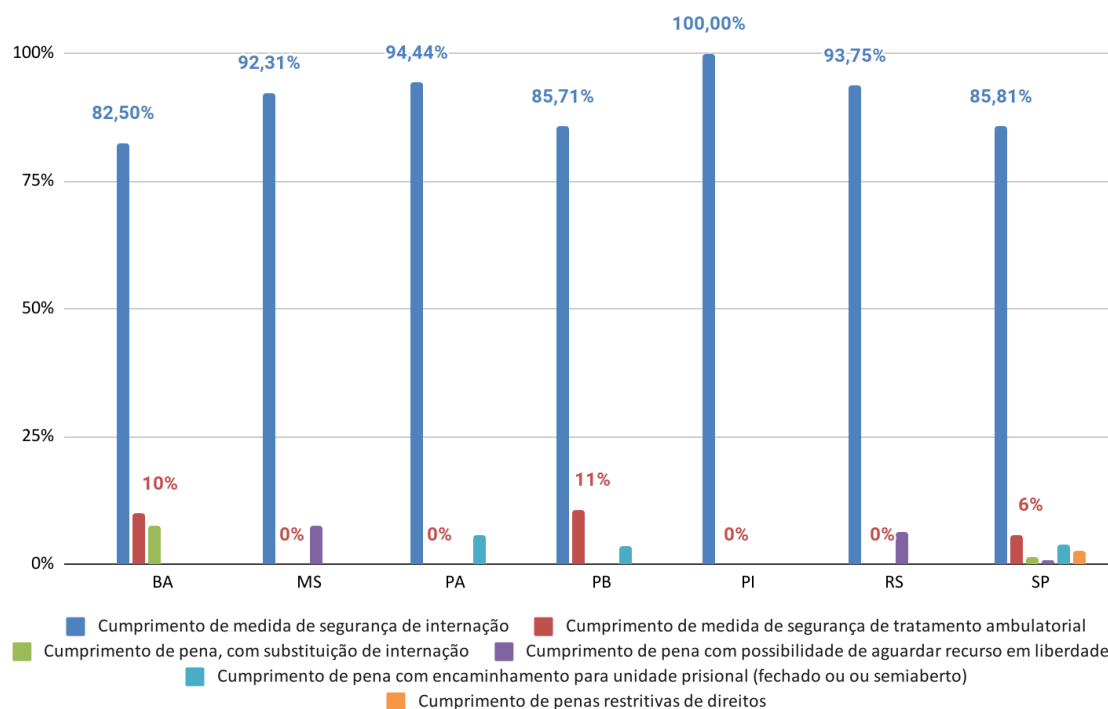
Na **Paraíba**, 85,71% dos casos analisados tinham sentença que determinava medida de segurança de internação. Outros 10,71% também tiveram determinação de medida de segurança na sentença, mas na modalidade de tratamento ambulatorial. Por fim, em 3,57% dos casos desse estado houve determinação de cumprimento de pena com encaminhamento para unidade prisional comum, em razão da conversão de pena em medida de segurança (caso de pessoa semi-imputável).

O **Piauí** é o único dos estados em que todas as sentenças analisadas – 100% – registraram a imposição de uma medida de segurança na modalidade de internação.

No **Rio Grande do Sul**, cerca de 93,75% dos casos analisados tinham sentença em que se impunha a medida de segurança de internação. Outros 6,25% registraram determinação de cumprimento de pena com possibilidade de aguardar recurso em liberdade, nos casos de conversão.

Por fim, em **São Paulo**, 85,81% das sentenças determinaram o cumprimento de medida de segurança de internação. Em 5,81% dos casos analisados a sentença determinou o cumprimento de medida de segurança de tratamento ambulatorial. A determinação do cumprimento de uma pena comum, a ser cumprida em unidade prisional, surgiu em 3,87% desses casos. Em outros 2,58%, foi registrada a determinação de cumprimento de pena comum, mas em liberdade ou regime aberto, com imposição de penas restritivas de direitos. Nesses casos, a pena foi convertida para medida de segurança depois, durante a execução. A determinação de cumprimento de pena comum, com substituição por internação, foi registrada em 1,29% do universo de casos de São Paulo – casos de pessoas que, no momento da sentença, foram consideradas semi-imputáveis. Por fim, em 0,65% dessa amostra, houve determinação de cumprimento de pena comum, mas com possibilidade de aguardar o recurso em liberdade – também houve conversão posterior para medida de segurança.

Gráfico 44 – Determinação das sentenças



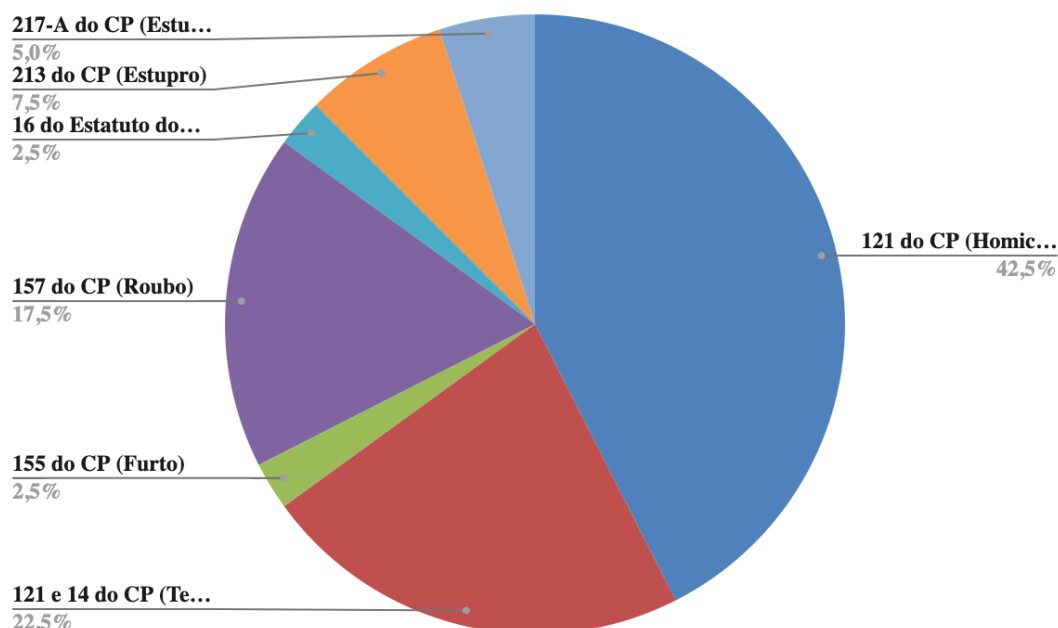
Fonte: elaboração própria.

As diferenças revelam como, em muitos estados, a determinação da medida de segurança de internação não é a única porta de entrada para os HCTPs. O encaminhamento para tais instituições pode se dar em outros momentos do processo, como, por exemplo, durante a execução da pena privativa de liberdade ou durante o cumprimento de uma medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial. Esses momentos são relevantes para o fluxo processual e para a análise dos processos.

Além do desfecho processual das sentenças, também foram registrados e sistematizados os tipos penais presentes nessas decisões.

Na **Bahia**, o crime de homicídio (art. 121, CP) e de tentativa de homicídio (art. 121 combinado com o art. 14, CP) somam cerca de 65% do total de casos do estado. Em cerca de 42,5% dos processos analisados, houve registro de homicídio e, em outros 22,5%, registrou-se a tentativa de homicídio. Em seguida, o crime de roubo (art. 157, CP) foi registrado em 17,5% da amostra do estado. O crime previsto no art. 213 do CP, estupro, foi registrado em 7,5% dos casos, enquanto o crime de estupro de vulnerável (art. 217-A, CP) foi registrado em 5% da amostra. Por fim, em 2,5% houve registro do crime previsto no art. 16 do Estatuto do Desarmamento (posse ou porte ilegal de arma de fogo de uso restrito).

Gráfico 45 – Tipo penal classificado na sentença (Bahia)

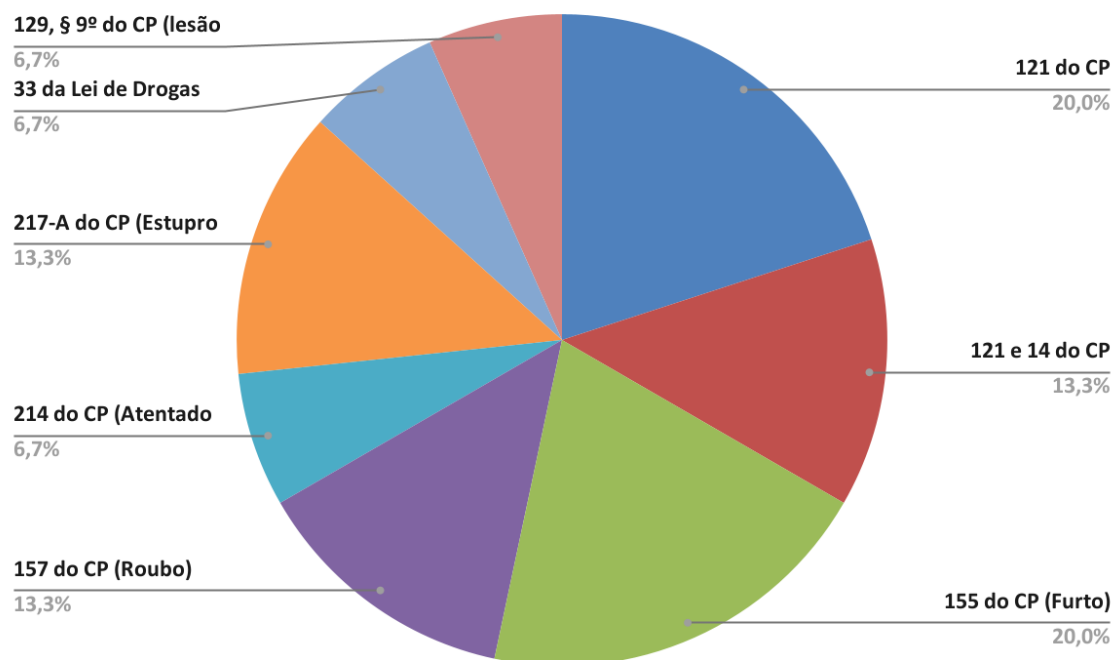


Fonte: elaboração própria.

No **Mato Grosso do Sul**, a soma dos crimes de homicídio e tentativa de homicídio corresponde à soma dos crimes de roubo e furto. Ambos os tipos de crimes – contra a vida e patrimoniais – representam 33,33% do total de casos de tal estado. Entre esses, os crimes identificados mais vezes foram o de homicídio (art. 121, CP) e furto (art. 155, CP): ambos correspondem a 20% da amostra. Os crimes de tentativa de homicídio, roubo e também o crime de estupro de vulnerável representam, cada um, 13,3% da amostra. Por fim, também houve casos em que a sentença registrou os seguintes tipos penais: atentado violento ao pudor (art. 214, CP)³⁴, lesão corporal em contexto de violência doméstica (art. 129, § 9.º, CP) e tráfico de drogas (art. 33 da Lei de Drogas). Todos esses últimos tipos penais correspondem a 6,7% das sentenças de tal estado.

34. Fato ocorrido antes de 2009, portanto, antes da revogação desse tipo penal pela Lei n. 12.015/2009.

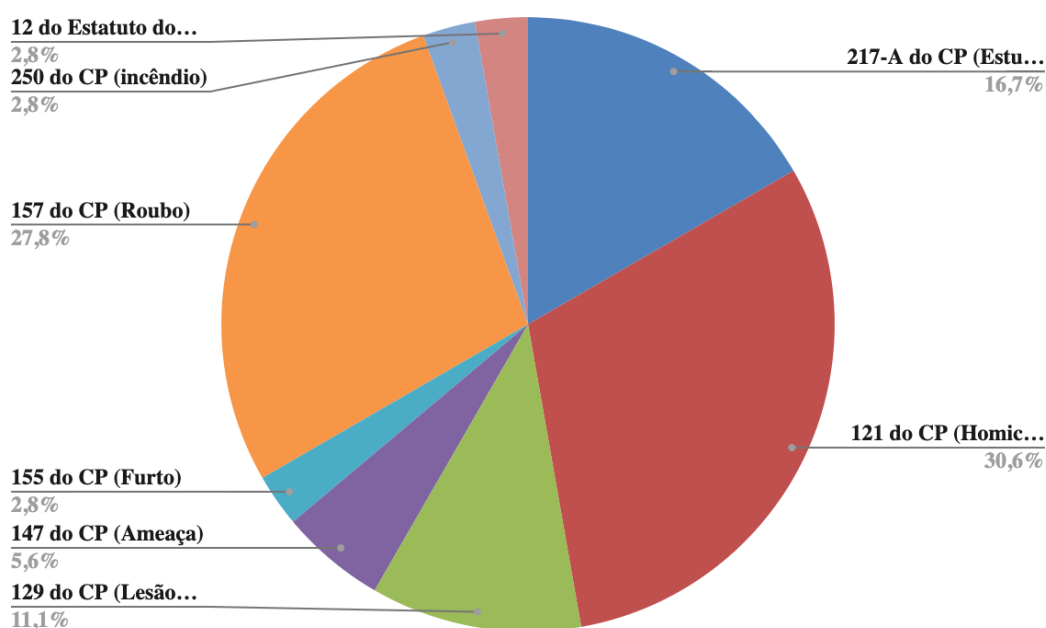
Gráfico 46 – Tipo penal classificado na sentença (Mato Grosso do Sul)



Fonte: elaboração própria.

No **Pará**, verificou-se que os dois tipos criminais mais comuns nas condenações são o previsto no artigo 121 do CP, homicídio, seguido pelo previsto no artigo 157 da mesma lei, roubo. O crime de homicídio apareceu em 30,6% do total de casos analisados. Já o roubo foi registrado em 27,8% da amostra. Em seguida, em 16,7%, houve condenação pelo artigo 217-A do CP (estupro de vulnerável) e, em 11,1%, houve condenação por lesão corporal (art. 129, CP). O crime de ameaça (art. 147, CP) aparece em 5,6% da amostra. Os demais crimes listados no gráfico abaixo foram registrados apenas uma vez e correspondem a 2,8% do total de casos analisados deste estado: furto (art. 155, CP), incêndio (art. 250, CP) e posse de arma (art. 12 do Estatuto do Desarmamento, Lei n. 10.826/2012).

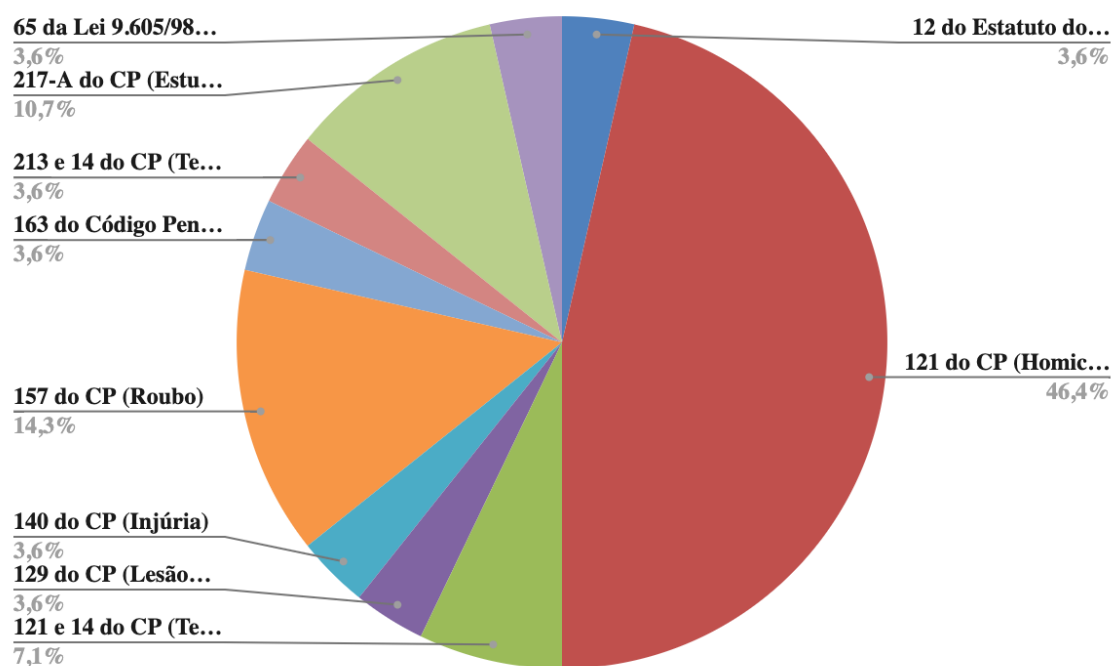
Gráfico 47 – Tipo penal classificado na sentença (Pará)



Fonte: elaboração própria.

Na **Paraíba**, a somatória dos crimes de homicídio e tentativa de homicídio correspondem a 53,5% do total dos casos analisados deste estado, sendo o primeiro muito mais prevalente: foi o crime mais frequentemente registrado nessas sentenças, aparecendo em 46,4% delas. A tentativa de homicídio foi identificada em 7,1% do total. O segundo crime mais frequentemente registrado foi o de roubo, que apareceu em 14,3% dos casos. O crime de estupro de vulnerável, por sua vez, corresponde a 10,7% da amostra. Os demais crimes identificados correspondem, cada um deles, a 3,6% desse universo. São eles: lesão corporal, injúria, posse irregular de arma de fogo, recusa de obediência (art. 163, Código Penal Militar) e, por fim, pichar edificação ou monumento urbano, crime previsto no art. 65 da Lei n. 9.605/1998, que dispõe sobre os crimes lesivos ao meio ambiente.

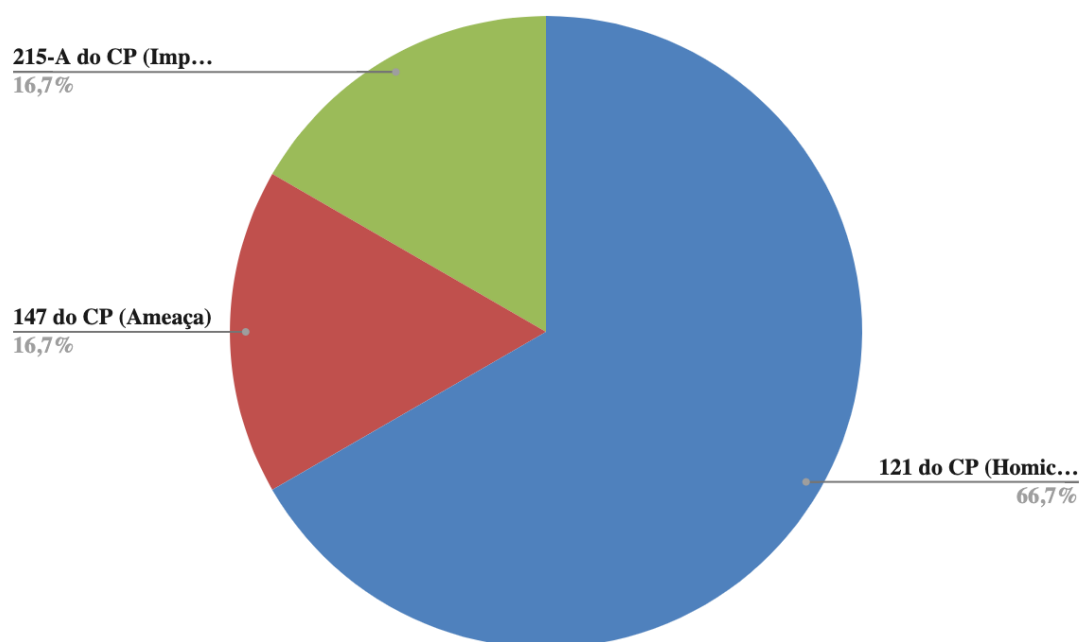
Gráfico 48 – Tipo penal classificado na sentença (Paraíba)



Fonte: elaboração própria.

No **Piauí**, o crime de homicídio (art. 121, CP) corresponde a 66,47% dos casos analisados. Já o crime de ameaça (art. 147, CP) e de importunação sexual (art. 215-A, CP) foram identificados, respectivamente, em 16,7% do universo total de casos deste estado.

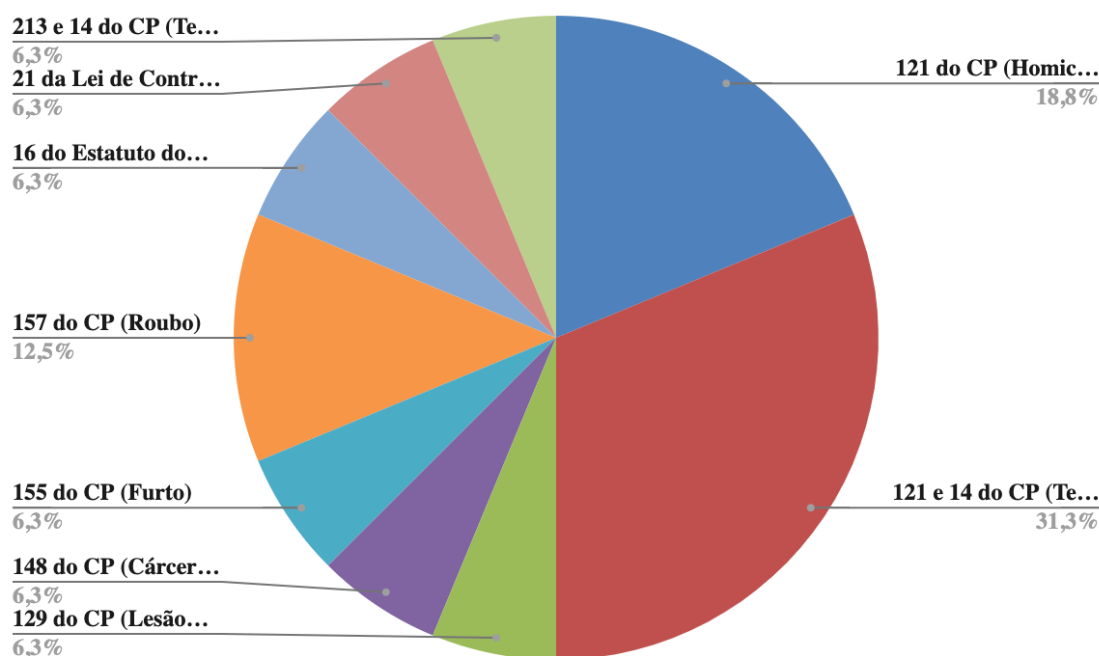
Gráfico 49 – Tipo penal classificado na sentença (Piauí)



Fonte: elaboração própria.

No **Rio Grande do Sul**, os crimes de homicídio ou tentativa de homicídio foram registrados em 50,1% do total de casos. O segundo foi o mais prevalente: apareceu em 31,3% da amostra de tal estado, enquanto o primeiro foi identificado em 18,8% desse mesmo universo. Em seguida, o crime de roubo correspondeu a 12,5% dos casos analisados. Os crimes de furto, lesão corporal (art. 129, CP), cárcere privado (art. 148, CP), posse ou porte ilegal de arma de fogo de uso restrito e tentativa de estupro (art. 213 c/c art. 14, CP) representam, respectivamente, 6,3% de tal universo. É destacável que até a conduta de vias de fato, prevista no art. 21 da Lei de Contravenções Penais, esteja presente nos processos analisados. Apesar de pouco representativo – 6,3% do total –, chama a atenção que o cometimento de uma conduta classificada como contravenção penal possa também resultar em uma medida de segurança de internação.

Gráfico 50 – Tipo penal classificado na sentença (Rio Grande do Sul)



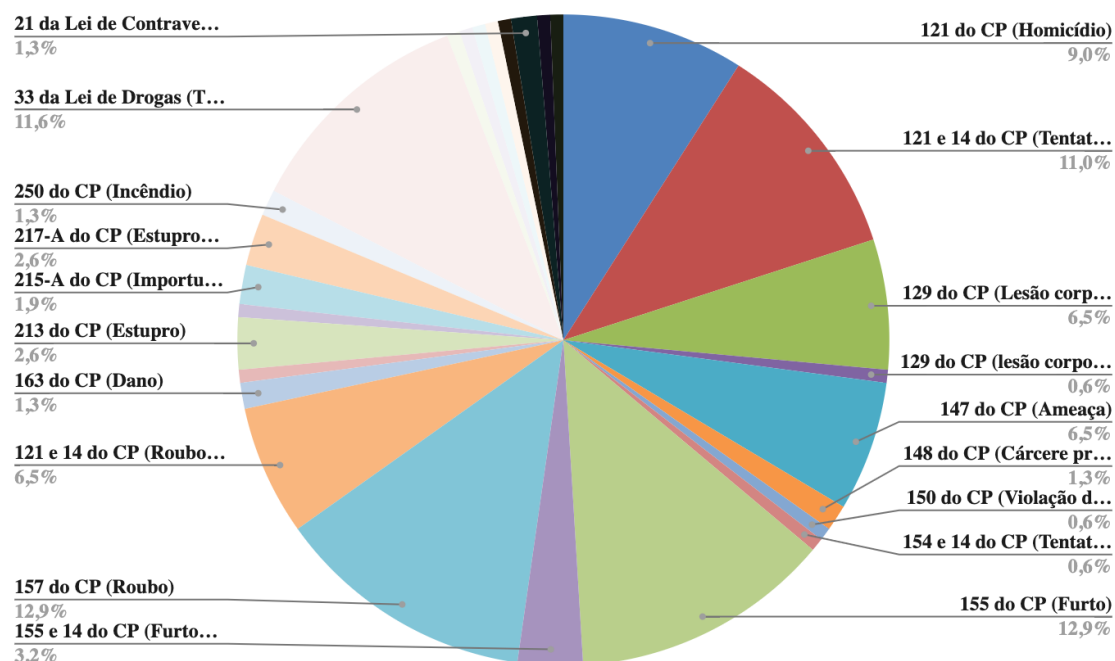
Fonte: elaboração própria.

Por fim, em **São Paulo**, há maior diversidade de crimes registrados. Os crimes mais frequentemente registrados foram os de roubo e furto: cada um deles foi registrado, respectivamente, em 12,9% da amostra. Em seguida, aparece o crime de tráfico de drogas, identificado em 11,6% dos casos. A tentativa de homicídio surgiu em 11% dos casos, enquanto o homicídio foi registrado em 9%. Há, também, registros de tentativa de roubo em 6,5% da amostra e tentativa de furto em 3,2%. A ameaça e a lesão corporal também foram registradas em, respectivamente, 6,5% da amostra.

Há diversos outros crimes registrados em menos de 3% do total de casos. Os crimes de estupro e estupro de vulnerável, por exemplo, apareceram em, respectivamente, 2,6% da amostra. Já o de importunação sexual foi registrado em 1,9%. Os crimes de cárcere privado, violação de domicílio (art. 150, CP), dano (art. 163, CP), incêndio e vias de fato em contexto de violência doméstica foram registrados, respectivamente, em 1,3% dos

casos. Há, também, uma lista de crimes registrados em 0,65% da amostra cada um: lesão corporal em contexto de violência doméstica, violação de domicílio (art. 150, CP), tentativa de violação do segredo profissional (art. 154 c/c art. 14, CP), apropriação indébita (art. 168, CP), desacato (art. 331, CP), tentativa de estupro, estelionato, perigo para vida ou saúde de outrem (art. 132, CP), expor a perigo a integridade da pessoa idosa (art. 99 do Estatuto do Idoso), descumprimento de medida protetiva (art. 24-A da Lei Maria da Penha) e posse ou porte ilegal de arma de fogo (arts. 16 e 14 do Estatuto do Desarmamento).

Gráfico 51 – Tipo penal classificado na sentença (São Paulo)



Fonte: elaboração própria.

A análise dos crimes registrados nas sentenças de cada estado aponta para algumas diferenças, considerando as UF's pesquisadas, em relação aos principais tipos penais registrados nas sentenças analisadas. No **Pará**, os crimes de roubo e homicídio apareceram em uma frequência similar: ambos correspondem a cerca de 30% do total de casos analisados. No **Mato Grosso do Sul**, também há equivalência entre a frequência de crimes patrimoniais (roubo e furto) e os crimes contra a vida (homicídio e tentativa de homicídio): cada um desses grupos corresponde a um terço dos casos analisados. Nesse estado, há também registro de sentença que classificou a conduta como tráfico de drogas.

Já na **Bahia**, na **Paraíba** e no **Piauí**, os crimes de homicídio e tentativa de homicídio apareceram com muito mais frequência e correspondem a mais da metade dos casos analisados, sendo registrados entre 53,5% (na Paraíba) e 71,4% (no Piauí). O **Rio Grande do Sul** tem taxa de registro de crimes de homicídio e tentativa de homicídio um pouco mais baixa: 50,1%. Contudo, a taxa ainda é significativamente maior do que a taxa na casa dos 30% registrada no Pará e no Mato Grosso do Sul.

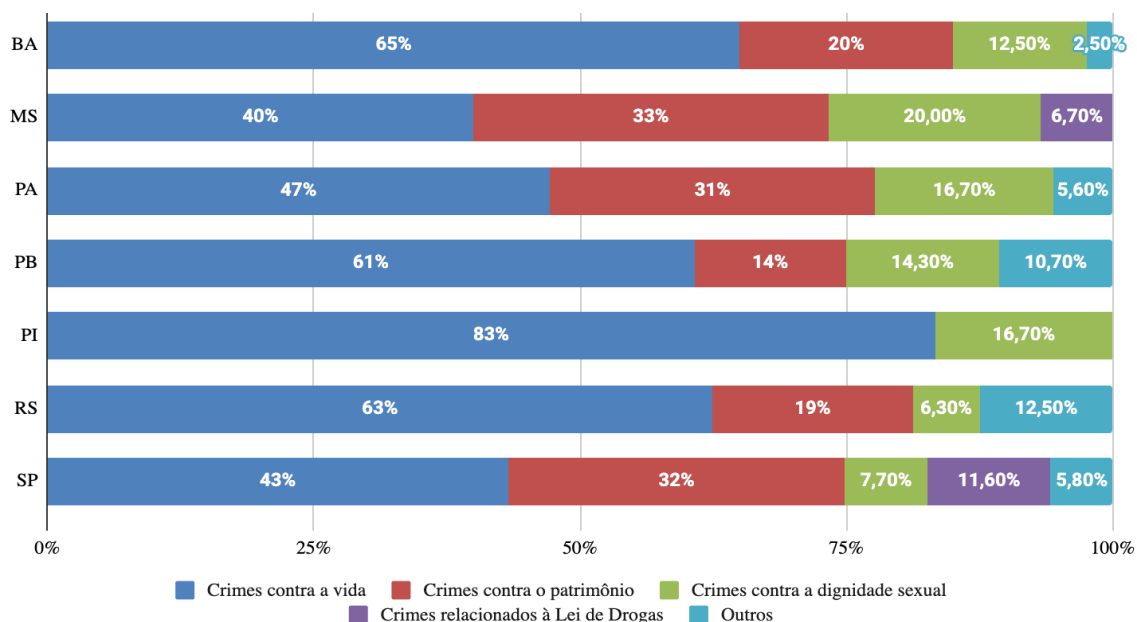
Em **São Paulo**, por outro lado, os crimes patrimoniais (roubo, furto, tentativa de roubo e tentativa de furto) correspondem a cerca de 35,5% do total de casos analisados, enquanto os crimes de homicídio e tentativa de homicídio representam apenas 20% da amostra. Além da inversão de tal proporção, neste estado, também há sobre-representação – ao menos em relação aos demais analisados nesta pesquisa – no número de registros do crime de tráfico de drogas, que aparece em 11,3% do total. Por fim, há grande pluralidade de crimes em São Paulo: cerca de 21,4% da amostra corresponde a crimes diversos, que sozinhos não atingem nem 3% dela.

Ao agrupar os crimes por categoria a partir de sua classificação no Código Penal (crimes contra a vida, crimes contra o patrimônio, crimes contra a dignidade sexual) ou em outras legislações (crimes relacionados à Lei de Drogas, por exemplo), é possível realizar mais comparações entre os estados.

Nota-se que os crimes contra a vida, em todos os locais investigados, foram os tipos penais registrados com maior frequência. Contudo, eles são mais representativos nos estados do Piauí (onde representam 83% dos crimes do total de processos analisados), da **Bahia** (65%), do **Rio Grande do Sul** (63%) e da **Paraíba** (61%). Já nos estados do **Mato Grosso do Sul**, **São Paulo** e **Pará**, esse tipo de crime não alcança 50% das amostras: no primeiro, representa apenas 40% do total, no segundo, 43%, e no terceiro, 47%. São esses também os estados com maior percentual de ocorrência de crimes contra o patrimônio, que representam 33% dos crimes no **Mato Grosso do Sul**, 32% dos crimes em **São Paulo** e 31% dos crimes no **Pará**. Nos outros estados mencionados (Bahia, Rio Grande do Sul e Paraíba), os crimes patrimoniais alcançam, no máximo, 20% do total de casos analisados; enquanto no Piauí sequer houve registro desse tipo de crime.

Chama a atenção também que somente em **São Paulo** e no **Mato Grosso do Sul** houve registro de crimes relacionados à Lei de Drogas – no primeiro, sua frequência alcança quase 12% do total, valor que parece relevante frente aos outros cinco estados em que não houve nenhum registro de tal tipo de ocorrência.

Gráfico 52 – Tipo penal classificado na sentença por categoria



Fonte: elaboração própria.

As comparações, neste ponto, também ajudam a revelar as diferentes dinâmicas de operação da medida de segurança. Sua leitura jamais deve indicar a maior prevalência desses tipos de crime nos estados considerados, mas indicam, em especial, quais são as situações que, em cada estado, mais frequentemente resultam no desfecho da internação em HCTP. Pode-se perceber uma lógica punitiva que permite internações por condutas com penas não tão altas e que sequer poderiam gerar pena privativa de liberdade, tais como cárcere privado, violação de domicílio, dano, vias de fato, ameaça, lesão corporal e tentativa de violação do segredo profissional.

2.2 Argumentos e fundamentos jurídicos utilizados nos processos

Para mapear o perfil dos casos analisados, a presente pesquisa também identificou os principais argumentos jurídicos mobilizados em algumas das decisões dos processos examinados. Destaca-se a análise do papel da prova, dos argumentos para a internação, para a conversão da pena em medida de segurança, além de um olhar para as decisões de desinternação e as decisões de extinção da medida de segurança. A abordagem em relação a tais documentos foi mista: tanto quantitativa quanto qualitativa, conforme exposto a seguir.

2.2.1 As provas consideradas nas sentenças de internação

Em relação às sentenças, foi possível identificar: as principais provas citadas para comprovação da autoria e materialidade e os principais argumentos mobilizados para determinação da medida de segurança de internação. Vale registrar que tal detalhamento só foi realizado para os 257 casos de processos em que houve tal determinação no momento da sentença. Sendo assim, casos em que houve determinação de medida

de segurança de tratamento ambulatorial, ou aqueles em que houve determinação de cumprimento de pena em unidade prisional comum, não compõem a análise a seguir.

A pesquisa identificou as provas mencionadas pelos(as) magistrados(as) no momento de verificar a autoria e a materialidade dos crimes imputados às pessoas processadas. Via de regra, as sentenças mencionam combinação de provas diferentes para justificar a conclusão do juiz ou da juíza sobre o assunto. Sendo assim, verificou-se com qual frequência cada uma das provas foi mencionada em cada um dos estados.

Na **Bahia**, a prova mais frequentemente mencionada pelos(as) magistrados(as) no momento de decidir sobre a autoria e a materialidade foi o depoimento de testemunhas civis, registrado em 75,68% dos casos analisados. Em 45,95% dos casos, cita-se o depoimento da vítima neste ponto da sentença. Por sua vez, o depoimento de policiais foi apontado como prova em 37,84% das sentenças que determinaram uma medida de segurança de internação. A confissão também foi registrada: apareceu em 24,32% do universo. Outro(s) laudo(s) pericial(is), como os de substância, local, objeto ou necroscópicos foram utilizados como provas da autoria e materialidade em 10,81% dos casos. Também em 10,81% deles não houve nenhuma prova citada. O exame de sanidade mental aparece em 8,11% dos casos neste ponto da sentença. Por fim, a apreensão de outros objetos (inclusive dinheiro) foi registrada como prova em somente 5,41% desse universo de casos, enquanto o exame de corpo de delito foi mencionado como forma de comprovar a autoria e a materialidade em 2,70% deles.

No **Mato Grosso do Sul**, o depoimento de testemunhas civis também foi frequente: aparece em 66,67% dos casos. O depoimento prestado por policiais foi apontado como prova em 58,33% dos casos de tal universo. Já o depoimento da vítima foi considerado em 50% das sentenças, mesma frequência em que a confissão foi mencionada. Outros laudos produzidos foram indicados como prova em 41,66% dos casos. O exame de corpo de delito e os objetos apreendidos apareceram em 33,33% dos casos cada um. A categoria “nenhuma prova citada” foi identificada em 8,33% dos processos, situação em que a sentença não menciona provas do caso, mas apenas cita o exame de sanidade mental para julgar procedente a inimputabilidade do réu, de acordo com laudo do(a) médico(a) perito(a). Por fim, o exame de sanidade mental foi também considerado como prova em 8,33% dos processos, e se refere a um trecho da sentença em que o juiz extrai um excerto do exame com a narrativa do paciente, que confessa o crime e afirma que não irá repetir o fato.

No **Pará**, as provas mais comumente utilizadas para definição da autoria e materialidade foram: o depoimento de testemunhas civis, registrado em 58,33% dos casos analisados; o depoimento das vítimas, registrado em 52,78% deles; e o depoimento de policiais, registrado em 36,11% desse mesmo universo. Além dessas provas, em 33,33% dos casos houve registro de confissão do réu ou ré; em 36,11% registrou-se que o exame de sanidade mental foi utilizado como prova de autoria e materialidade; em 13,89% deles o exame de corpo de delito é citado como prova; em outros 16,67% dos casos há registro de outro tipo de laudo pericial utilizado como prova; e, também, em 11,11% de casos houve objetos apreendidos. Em 2,78% dos casos, não houve nenhuma prova indicada na sentença.

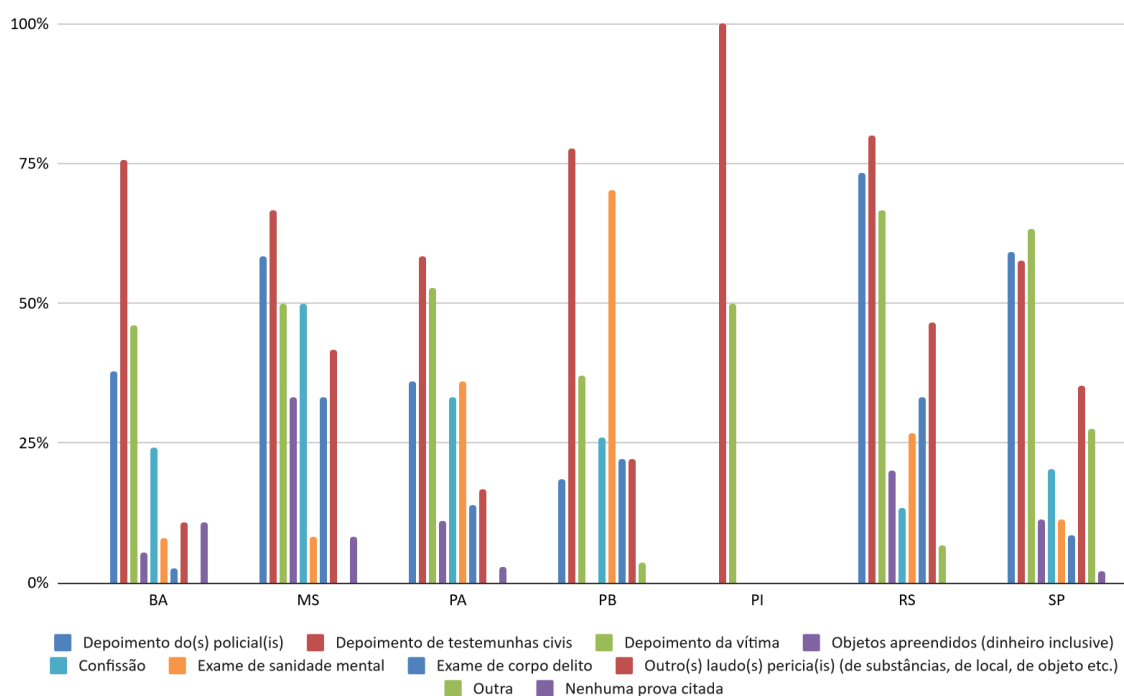
Na **Paraíba**, o depoimento de testemunhas civis também foi a prova mais frequentemente citada: apareceu em 77,78% dos casos. O exame de sanidade mental foi mencionado em 70,37% dos documentos. Já o depoimento da vítima foi prova registrada em 37,04% dos casos. A confissão foi apontada como prova da autoria e materialidade em 25,93%. O exame de corpo de delito e os demais laudos periciais foram identificados, cada um, em 22,22% dos casos. Por fim, em 3,7% dos casos de tal universo, outra prova foi mencionada: a declaração de óbito.

No **Piauí**, 100% dos casos analisados indicam o depoimento de testemunhas civis como prova da autoria e materialidade do crime. A única outra prova registrada nesses casos é o depoimento da vítima, que apareceu em 50% dos casos.

No **Rio Grande do Sul**, mais uma vez o depoimento das testemunhas civis foi registrado como prova mais frequentemente mencionada: aparece em 80% dos casos. Contudo, nesse estado, o depoimento de policiais é a segunda prova mais recorrente, tendo sido mencionada em 73,33% do total de casos desse universo. Já o depoimento da vítima surgiu em 66,67% dos casos. Outros laudos periciais foram mencionados como prova em 46,66% das sentenças analisadas, enquanto o exame de corpo de delito apareceu em 33,33% delas. O exame de sanidade mental foi apontado como prova da autoria e materialidade em 26,67% dos documentos. Já a apreensão de objetos surgiu em 20% delas. Finalmente, em 6,66%, houve registro de outra prova que não a listada: o reconhecimento fotográfico.

Por fim, em **São Paulo**, o depoimento da vítima é a prova mais recorrente: foi registrada em 63,38% dos casos. Logo em seguida estão o depoimento de policiais – presente em 59,15% da amostra – e o depoimento de testemunhas civis, que apareceu em 57,75%. Laudo(s) pericial(ais) diversos (de substâncias, de local, de objeto etc.) foram considerados como provas em 35,21% dos casos. Em 20,42% deles, a confissão apareceu como prova. Os objetos apreendidos e o exame de sanidade mental apareceram como provas de autoria e materialidade em, respectivamente, 11,27% dos casos. O exame de corpo de delito surgiu como prova em 8,45% dos casos. Em 27,46% deles, outras provas, que não as listadas acima, foram mencionadas. Trata-se de provas como o reconhecimento fotográfico, a interceptação telefônica, imagens gravadas no local e o boletim de ocorrência. Ainda, em 2,11% dos casos, nenhuma prova foi mencionada na sentença.

Gráfico 53 – Provas consideradas para aferir a autoria e a materialidade do crime nas sentenças em que houve determinação de medida de segurança



Fonte: elaboração própria.

A análise comparada das provas utilizadas nas sentenças revela a importância dos depoimentos, especialmente de testemunhas, nos casos analisados em todos os estados. Chama a atenção que os laudos periciais, os exames de corpo de delito e a apreensão de objetos não se destacam como provas tão frequentemente utilizadas em nenhum dos estados analisados. As provas testemunhais ainda são as mais recorrentes, sem grande preocupação com provas que determinem a materialidade do crime cometido, inclusive, o depoimento de policiais que, em regra, não acompanham o acontecimento do crime e são chamados apenas quando este já ocorreu.

2.2.2 Os argumentos jurídicos das interações

Também foi possível identificar quais foram os argumentos jurídicos mencionados nas sentenças para determinação da medida de segurança de internação. Uma vez que cada sentença pode ter apresentado mais de um argumento, os dados revelam quais deles foram os mais frequentes em cada estado.

Na **Bahia**, 51,35% das sentenças analisadas mencionaram a inimputabilidade atestada pelo exame pericial como argumento para determinação da medida de segurança. Em 40,54% dos casos houve menção explícita ao art. 97 do Código Penal, que estabelece que o(a) juiz(a) determinará a internação se o acusado for inimputável e que o tratamento ambulatorial seria uma opção somente nos crimes puníveis com detenção. A gravidade do fato cometido foi mencionada em 35,14% dos casos, enquanto a periculosidade apareceu em 24,32% deles. Os antecedentes criminais foram mencionados em 8,11% da amostra. Em 2,7%, o registro de internações anteriores foi apontado como argumento para determinação da medida. Por fim, nesse estado, outros argumentos que não os

listados acima foram trazidos em 43,24% dos casos. Em algumas sentenças analisadas, menciona-se, por exemplo, a suposta complexidade clínica do caso do réu. Em outras, afirma-se que a internação seria a melhor saída, já que o tratamento ambulatorial não seria medida efetiva no caso do réu. Há também documentos que, como fundamento para determinar a internação, afirmam que haveria risco de reiteração criminosa.

No **Mato Grosso do Sul**, em 100% dos casos, a sentença utilizou a inimizabilidade atestada pelo exame pericial como fundamento para determinação da internação. O art. 97 do CP apareceu em 58,33% dos casos deste estado. A periculosidade foi mencionada em 33,33% das sentenças analisadas. Já a gravidade do fato foi fundamento utilizado em 25% dos casos. Em 8,33% deles, os antecedentes criminais foram mencionados. Outros argumentos foram registrados em 16,67% das sentenças. Em um caso, por exemplo, a afirmação de que o réu seria “incapaz de se determinar devido ao uso de drogas” também fundamentou o desfecho processual.

No **Pará**, os argumentos mais recorrentes para determinação da internação foram a inimizabilidade ou semi-inimizabilidade atestada pelo exame pericial. Em 77,28% dos casos, a comprovação da inimizabilidade foi mencionada como determinante para a decisão da internação. Em outros 8,33%, foi a semi-inimizabilidade, que aparece como elemento para a internação. A periculosidade, por sua vez, foi mencionada em 52,78% dos casos. Já em 38,89% das sentenças, um dos elementos para a determinação da internação foi o art. 97 do CP, enquanto a gravidade do fato apareceu como elemento em 22,22% deles. Em 5,56% há registro de outros argumentos, como o de que o tratamento ambulatorial não seria eficaz no caso do réu, o que exigiria, portanto, que a internação fosse determinada.

Na **Paraíba**, 92,59% dos casos mencionam a inimizabilidade atestada pelo exame pericial como argumento para determinação da medida de segurança de internação. Em outros 7,41%, menciona-se a semi-inimizabilidade atestada pelo exame. O art. 97 do CP apareceu como fundamento em 59,26% das sentenças analisadas. Em 14,81% delas, menciona-se a gravidade do fato. A periculosidade também foi registrada como o argumento que surgiu em 14,81% dos casos.

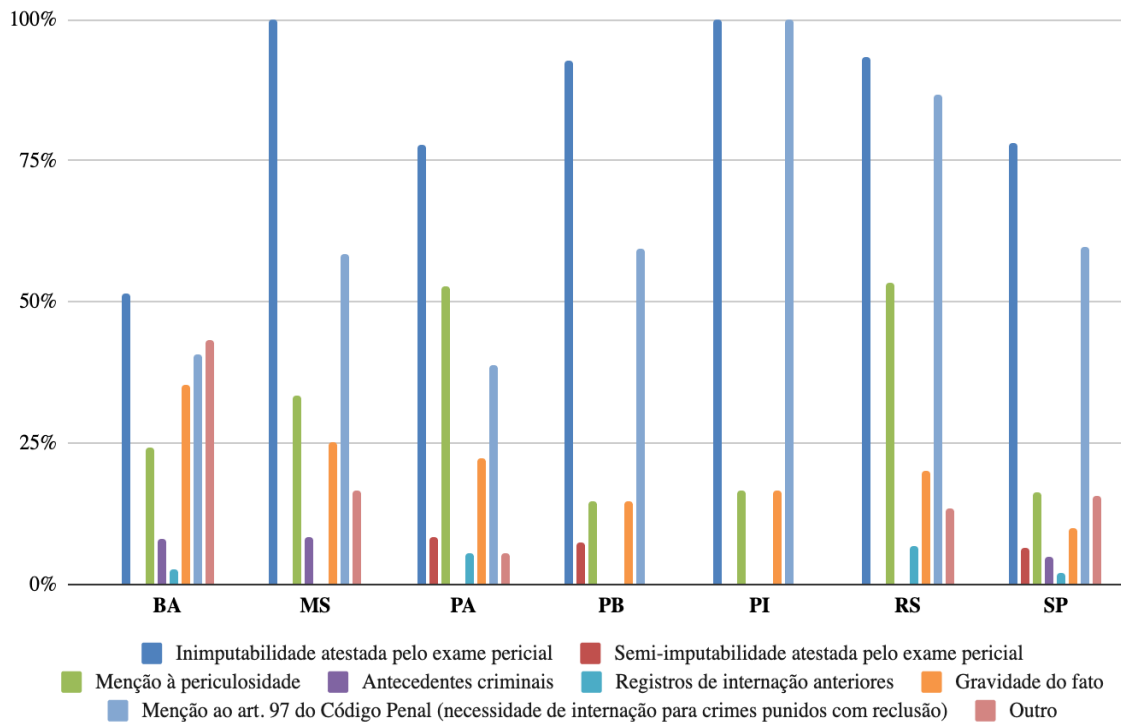
No **Piauí**, 100% dos casos analisados mencionam tanto a inimizabilidade atestada pelo exame pericial quanto o art. 97 do CP como argumentos para determinação da sentença. A gravidade do fato e a periculosidade aparecem como fundamento em, respectivamente, 16,67% das sentenças do estado.

No **Rio Grande do Sul**, 93,33% das sentenças analisadas mencionam a inimizabilidade atestada pelo exame pericial como fundamento para indicação da medida de segurança de internação. Em 86,67% delas, o art. 97 do CP surge como fundamento para o mesmo desfecho processual. A periculosidade foi registrada em 53,33% das decisões analisadas. Em 20%, mencionou-se a gravidade do fato. Foi feita menção aos registros de internação anteriores em 6,67% dos casos. Em 13,33%, outros argumentos foram mobilizados.

Por fim, em **São Paulo**, a inimizabilidade atestada pelo exame pericial foi utilizada como argumento em 78,18% dos casos, enquanto a semi-inimizabilidade apareceu como

argumento em 6,34% deles. O segundo argumento mais recorrente é a menção ao art. 97 do CP, registrada em 59,86% da amostra. A periculosidade foi mencionada em 16,2% das sentenças. A gravidade do fato surgiu em 9,86% das decisões analisadas; e em 4,93% deles, mencionaram-se os antecedentes criminais. Os registros de internações anteriores surgiram em 2,11% dos casos. Por fim, outros argumentos foram registrados em 15,49% da amostra. São argumentos como: a recomendação pericial, o registro de uso de drogas, a ineficiência do tratamento ambulatorial para o caso em questão e o “elevado grau de comprometimento de sua capacidade mental”.

Gráfico 54 – Argumentos mobilizados nas sentenças para determinação da medida de segurança de internação



Fonte: elaboração própria.

A sistematização quantitativa dos argumentos permite a comparação entre as sentenças dos diversos estados. Em todos eles é alta a incidência da menção ao art. 97 do CP como argumento para fundamentar a internação, o que, mais uma vez, corrobora os achados já mencionados no sentido de que a legislação penal tem sido predominantemente utilizada de forma isolada para o julgamento das ações penais relacionadas às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, desconsiderando a Constituição Federal de 1988, a Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001, as Resoluções do CNJ e do CNPCP relativas ao tema, bem como a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, na maioria dos casos. A gravidade do fato cometido também tem papel importante em tal desfecho. Alguns desses pontos podem ser mais bem explorados por meio de uma análise qualitativa das sentenças.

Na **Bahia**, por exemplo, uma das sentenças analisadas determina a internação como o tipo de medida de segurança adequada com base no “grau de periculosidade do sentenciado”. O caso é ilustrativo em relação ao conteúdo dado pelos(as) magis-

trados(as) para o conceito de periculosidade. Nesta sentença, a periculosidade parece decorrer, em primeiro lugar, do fato de que o réu responde a outros processos criminais: “a fim de aferir o grau de periculosidade do acusado, faz-se necessário mencionar que este responde a duas outras ações penais”. Além disso, decorreria também do fato de o réu ser, de acordo com um dos policiais militares que depôs como testemunha, “pessoa conhecida na cidade por ter envolvimento em outros crimes”. Tais características são levantadas pelo juiz após afastar a necessidade de determinação da internação nos casos de crimes punidos com reclusão e mencionar a Lei n. 10.216/2001 – tudo isso é reconhecido por ele, que afirma que, apesar de tudo, naquele caso em específico, a periculosidade impediria a adoção de outra medida que não a internação:

Em que pese se tratar de crime punido com reclusão, de acordo com o quanto estabelecido na Resolução no 113 do CNJ, que dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, em seu art. 17, o juiz competente para a execução da medida de segurança sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, de acordo com a Lei no 10.216/2001. Assim já decidiu o STJ: [...] (Processo n. 0247)

O mesmo acontece em um caso do **Piauí**. Diferentemente de outras sentenças do mesmo estado, curtas, com poucos argumentos para além do reconhecimento da inimputabilidade e da determinação do art. 97 do CP, esse documento tem uma seção específica denominada “DA APLICAÇÃO DA LEI DE REFORMA PSIQUIÁTRICA”. Nesse trecho, o magistrado afirma que o advento de tal lei alterou a aplicação das medidas de segurança em matéria penal: se antes a internação em hospital de custódia era praticamente “compulsória”, a lei teria inovado ao determinar que essa modalidade de tratamento “só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Depois disso, o juiz afirma que, naquele caso em específico, não haveria “comprovação de que os recursos extra-hospitalares são suficientes ao acusado”. Conclui determinando a internação em hospital psiquiátrico não específico para medida de segurança, tendo em vista que o HCTP que existia no estado (Hospital Penitenciário Valter Alencar) foi fechado em 2016. Para ele, a internação “se mostra imperiosa no presente caso”, dado que “demonstrada a periculosidade do agente, que cometeu crime gravíssimo contra a vida, contra seu genitor” (Processo n. 0231).

Sendo assim, apesar de reconhecer que a reforma psiquiátrica desvincula a internação como encaminhamento automático para os casos de cumprimento de medida de segurança, o magistrado faz questão de sustentar que naquele caso em específico – dada a periculosidade, indicada pela gravidade do crime cometido, bem como a falta de prova da eficácia do tratamento ambulatorial –, a internação seria a única opção viável. Novamente, observa-se um esforço de justificar suposta excepcionalidade do caso. Lida no conjunto das demais decisões analisadas, é possível notar que esses mesmos elementos são recorrentes nas sentenças de todos os estados, o que parece enfraquecer a afirmação de que aquele caso em específico trata-se de exceção.

Assim, mesmo nos casos em que os(as) magistrados(as) reconhecem que o art. 97 do Código Penal não deve ser o único fundamento para a determinação da internação e aparentemente desvinculam tal medida da situação concreta ocorrida, há um esforço em caracterizar o sujeito como excessivamente perigoso e, portanto, passível

de internação. Contudo, há sentenças que seguem a interpretação oposta: afirmam que a internação decorre do fato do crime cometido ser punido com reclusão e vinculam tal determinação com a gravidade do fato cometido. É o caso, por exemplo, do trecho abaixo, de decisão da Bahia:

Consideradas em conjunto as circunstâncias do caso, tratando-se de crime praticado com violência a pessoa, considerando, ainda, que o réu apresenta perigo para terceiros, deve ser aplicada a medida de segurança de internação, nos termos do art. 97 do Código Penal, tendo em vista se tratar de crime apenado com reclusão. (Processo n. 0262)

Apesar de distintas, as duas interpretações convergem para o mesmo desfecho processual: a internação. O caso acima ainda é relevante por afirmar explicitamente que “o réu apresenta perigo para terceiros”, trecho que ilustra bem a centralidade que a noção de perigo possui nos casos analisados por esta pesquisa. Em outro caso analisado, um dos poucos em que a ré é mulher, a sentença afirma explicitamente que a acusada não estaria “apta a conviver socialmente”, uma vez que ofereceria “risco” para a sociedade e a si mesma. A afirmação é utilizada como argumento, junto com a menção ao art. 97 do CP, para determinação da internação:

Considerando-se que ao crime processado nos presentes autos é cominada pena de reclusão e considerando-se, ainda, que a acusada demonstrou oferecer risco para a sociedade e para si própria (Laudo Pericial de fls. 60), não estando apta a conviver socialmente, reconheço a inimizabilidade da acusada, aplicando-lhe a MEDIDA DE SEGURANÇA consistente em internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico [...]. (Processo n. 0265)

Na **Paraíba**, uma das decisões é reveladora nesse sentido, ao vincular diretamente a gravidade do crime com um traço quase que indelével da personalidade do réu, descrito como alguém que “sofre de demência moderada com a correspondente decadência social”. No caso, é a associação entre a “violência” e a suposta agressividade do réu, além da gravidade do crime, que justifica a internação:

O crime foi de extrema gravidade, pois ocasionou a morte de uma pessoa. Por outro lado, o acusado, como registra a prova oral e, pelas próprias circunstâncias que envolveram o crime, torna-se uma pessoa violenta, sendo o episódio aqui versado o ápice desta agressividade. (Processo n. 0199).

Para além da ideia do perigo e do risco, algumas decisões também sustentam a necessidade de internação baseadas numa argumentação que afasta qualquer outro tipo de tratamento – como o ambulatorial – em razão de alguma característica do(a) acusado(a), de seu diagnóstico ou de sua situação familiar. Um desses casos chama especialmente a atenção por ilustrar bem o papel que as famílias – em especial as mães – das pessoas acusadas parecem assumir nesse tipo de decisão: elas aparecem como uma espécie de garantia, as responsáveis pelo cuidado que permitiria ao acusado ter uma “convivência social pacífica”. Se por um motivo ou outro a família não consegue cumprir tal papel, resta a internação como única saída para a pessoa acusada, como fica evidente em um dos documentos da **Bahia**:

Mantenho a segregação do acusado porque entendo que continuam presentes os motivos pelos quais fora decretada a prisão cautelar decorrente do flagrante, sobretudo, considerando o comportamento agressivo do mesmo, decorrente da enfermidade que lhe acomete, e ainda, **pelo fato de inexistir maiores em condição de despender os cuidados necessários**

ao mesmo para uma convivência social pacífica, visto sua genitora estar falecida, não se ter notícias nos autos de seu genitor, e seu irmão também ser portador de doença mental. Sendo assim, a prisão torna-se necessária, portanto, para assegurar a aplicação da lei penal e garantir a ordem pública. (Processo n. 0286) [grifos nossos]

No **Pará**, uma das decisões também ilustra como as sentenças afastam o tratamento ambulatorial como possibilidade, alegando que este não seria eficaz na situação analisada:

O laudo psiquiátrico é enfático em afirmar que o réu era inimputável ao tempo dos fatos [...]. Evidenciada a periculosidade, é inviável a liberdade ou tratamento ambulatorial, mesmo que o réu já esteja realizando tratamento há alguns anos. Além do mais, o tratamento ambulatorial só se justifica quando a patologia pode ser controlada em nível de acompanhamento eficaz, métodos e remédios que estabilizem o paciente, o que não é o caso de agente, como extraio da natureza da patologia que aflige o réu. [...] Como sabido, o delito atribuído é apenado com reclusão. Levando em consideração o reconhecimento da inimputabilidade e as condições do agente que ainda perduram, bem como, a previsão legal do art. 97 do CP, concluo que a medida mais adequada é a de internação. (Processo n. 0047)

Nessa decisão, a periculosidade é elemento que decorre do laudo pericial e justifica o encaminhamento do réu para internação no HCTP, no lugar de tratamento ambulatorial. Em outros casos – no **Pará** e nos demais estados analisados –, é apenas a periculosidade e o entendimento do laudo que fundamentam o encaminhamento à internação:

Com relação ao tratamento adequado à enfermidade do Réu deve-se, evidentemente, colher-se a opinião de profissional habilitado. No caso em tela, a Psiquiatra Forense que subscreve o laudo acima mencionado, afirma que: O risco de periculosidade e reincidência criminal foi considerado elevado, portanto recomenda-se a permanência do examinado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico [...] No caso dos autos, temos que o Réu encontra-se internado desde o dia 23.06.2016 e esteve internado no Hospital de Custódia e Geral Penitenciário, considerando o auto (sic) risco de periculosidade que representa a si mesmo e aos seus familiares. (Processo n. 0025)

Esses mesmos argumentos também são combinados, em alguns documentos do estado do **Pará** analisados, com a menção expressa à gravidade do fato cometido pelo réu ou ré. Sendo assim, mesmo que haja a absolvição em razão da inimputabilidade, o tipo de crime cometido segue tendo importância no momento de determinação do tipo de tratamento a que a pessoa deve ser submetida, como revela o trecho abaixo:

Tendo em vista a recomendação do médico perito, diante da alta periculosidade evidenciada pela gravidade em concreto da conduta, bem como em razão da pena privativa de liberdade ser de reclusão, e nos termos dos artigos 97 e 96, inciso I, ambos do Código Penal, imponho ao réu medida de segurança de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, pelo prazo mínimo de 02 anos, com reavaliação periódica anual. (Processo n. 0036)

Enquanto algumas decisões do **Pará** enfatizam mais a conduta praticada, outras se baseiam principalmente em características individuais do réu. Nesse tipo de decisão, a periculosidade deixa de ser mencionada como categoria abstrata e é qualificada com informações adicionais sobre o sujeito, seja em relação ao seu diagnóstico ou em relação ao seu contexto de vida. É o que mostra, por exemplo, o trecho abaixo, que faz expressa

menção ao fato de que a família do réu não seria “capaz de garantir” o tratamento necessário para o sujeito, repetindo o argumento encontrado na decisão da **Bahia**:

O periciando está em franca psicose, com delírios persecutórios de grandeza e de poder ativos. Não é capaz de compreender a ilicitude de seus atos. Não compreende sequer sua necessidade de tratamento ou seu estado de doença. Necessita de tratamento efetivo para seu transtorno mental. A família não foi capaz de garantir este tratamento. Dessa forma, a medida de segurança, nesse primeiro momento, deve ser a de INTERNAÇÃO e não a de tratamento ambulatorial. (Processo n. 0035).

Nos trechos indicados acima, as decisões endereçam diretamente a questão do tipo de tratamento adequado para o caso, justificando, com base em algum dos motivos já citados, a necessidade de internação. Contudo, é importante registrar também que algumas das decisões analisadas são ainda mais sintéticas do que as já indicadas. Nesses documentos, não parece haver espaço nem mesmo para que se considere a eventual possibilidade de outro tipo de tratamento que não a internação, como neste outro caso do **Pará**:

Entretanto, conforme disposto no art. 26 do Código Penal Brasileiro a ré é isenta de pena, uma vez que atestada a sua inimputabilidade por intermédio de incidente de insanidade mental regularmente instaurado. Isto posto, julgo parcialmente procedente a denúncia ofertada pelo Parque para o fim de impor, com fundamento no art. 97, §1.º, c/c art. 26, ambos do Código Penal Brasileiro, MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO PELO PRAZO DE UM ANO à ré [...] (Processo n. 0012)

A citação acima mostra como a determinação é realizada quase que de forma automática, após o registro da conclusão do laudo e a breve menção ao artigo 97 do CP. Em outras decisões, afirma-se abertamente que a medida de segurança teria um caráter retributivo, como uma pena comum. É o caso, por exemplo, de decisão de **São Paulo** em um caso que discute a aplicação do princípio da insignificância – o sujeito estava sendo acusado de furtar uma bicicleta avaliada em R\$ 350,00, que depois foi devolvida ao dono. Na decisão, lê-se que:

Insignificância não deve, pois, ser confundida com falta de aplicação da lei penal, isto é, com impunidade [...] Tampouco se pode falar que a conduta do acusado não mereça reprovação, pois uma pessoa que ostenta diversas investigações pela prática de furto, e subtrai o meio de transporte de um cidadão de bem, não apresenta comportamento aceitável na sociedade. (Processo n. 0430).

Nesse contexto, a determinação da medida de segurança – desfecho final da decisão – adquire caráter punitivo e é maneira de “reprová-lo” por sua conduta. Outras decisões de **São Paulo** são interessantes por adotarem um entendimento quase que oposto, ao basearem a determinação da internação na sugestão feita pelo(a) perito(a) que determinou a inimputabilidade da pessoa acusada. Um desses casos combina tal indicação com a própria determinação do art. 97 do CP:

Assim, diante da inimputabilidade do acusado, aliada à pena de reclusão que lhe seria imposta em virtude do crime por ele praticado, faz-se mister que o réu seja submetido à medida de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, pelo prazo mínimo de um ano, devendo, nesse sentido, ser levada em consideração a conclusão exarada pelo laudo pericial elaborado pelo médico psiquiatra nomeado por este Juízo, que atestou a necessidade de tal medida no caso ora em apreço (Processo n. 0397)

Levar em consideração a sugestão do perito parece ser opção que ressalta o caráter terapêutico da medida de segurança, em detrimento de seu caráter punitivo. Ao mesmo tempo, a decisão acima se refere ao laudo somente após mencionar a determinação do art. 97 do CP – o que indica que o critério legal segue sendo mais relevante do que qualquer opinião médica nesses casos.

No **Rio Grande do Sul**, identificou-se na análise das sentenças a existência do denominado regime de alta progressiva,³⁵ que se caracteriza pela possibilidade de saídas da instituição esporadicamente, conforme recomendação psiquiátrica, visando a gradual reinserção social da pessoa e o fortalecimento dos seus vínculos familiares, como é possível visualizar na sentença abaixo:

No ponto, destaco que os médicos psiquiatras indicam que a medida mais adequada ao acusado, levando em conta a natureza dos crimes a ele imputados, é a **medida de segurança de internação com alta progressiva**, devendo prevalecer tal recomendação, considerando a especificidade da matéria a qual é de conhecimento médico.

Diante do exposto, ABSOLVO o réu [...] dos delitos imputados na denúncia, [...] e, por consequência, **aplico a MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO, com acompanhamento do regime de Alta Progressiva** [...] ante a gravidade do delito e o necessário acompanhamento médico ao réu, uma vez que a doença mental do acusado afeta sua capacidade cognitiva, evitando-se, assim, que possa voltar a reincidir na prática delitiva, observando-se o que prevê o art. 97, §2.º, do Código Penal.

É possível verificar na citação acima que a alta progressiva é justificada como uma forma de evitar a reincidência da prática delitiva. A sentença também expõe duas relevantes motivações na determinação da medida de segurança de internação, sendo elas: a gravidade do crime e o diagnóstico do réu.

Seguindo a mesma linha da sentença anterior, cita-se outra decisão do mesmo estado, que além de aplicar o denominado regime de alta progressiva, inova com relação à determinação do prazo da medida de segurança:

Em atenção ao que reza o art. 97 do Código Penal e à recomendação da perita responsável, imponho ao réu a medida de segurança de internação, **acompanhada de alta progressiva desde o início**. Observo que deve ser assim **em razão da gravidade do crime, afastando, no ponto, o pedido do MP e defesa de que fosse aplicado o tratamento ambulatorial**.

Quanto ao período de duração, o art. 97, §1.º, do CP prevê apenas o prazo mínimo de internação ou tratamento, que seria de 01 (um) a 03 (três) anos, deixando de fixar o prazo máximo.

Porém, a fim de orientar a estipulação do prazo da medida de segurança, **passo a dosar a pena que, em tese, seria aplicada se não reconhecida a inimputabilidade do agente**.

Faço desta forma em razão de que, ao que me parece, na linha da evolução que a jurisprudência tem buscado quanto à definição do prazo da medida de segurança, já prevista pelo STJ por meio da Súmula 527, não é razoável que a medida de segurança tenha prazo superior ao da pena que o réu

35. Conforme explicam Marafra, Coelho e Teodoro (2009), a alta progressiva é instituto criado no Rio Grande do Sul. Quando deferida, os pacientes “passam a sair da instituição esporadicamente [...] essas saídas podem variar em fins de semana com a família, passeios ou visitas programadas e saídas diárias, semanais ou até mesmo por períodos mais longos” (Marafra, Coelho, Teodoro, 2009, p. 80), a depender da avaliação médica. Em São Paulo, como explicado por Antunes (2023), pacientes podem “progredir para o HCTP II de Franco da Rocha, num programa de ‘desinternação progressiva’, que funciona tal como um regime semiaberto” (Antunes, 2023, p. 175). Nesse caso, além de serem encaminhados para esse HCTP específico, que não tem grades e no qual os pacientes tem mais espaço de circulação, “caso tenham respaldo familiar, os internos têm o direito de efetuar Visitas Domiciliares Assistidas (VDA), passando períodos progressivamente alargados com seus familiares ou responsáveis” (Antunes, 2023, p. 175).

teria de cumprir se fosse imputável. Caso persista a inimputabilidade após o término da medida de segurança, cabe a internação ou aplicação da medida a título cível.

[...]

Pelo exposto, com fulcro no art. 97 do Código Penal, é caso de aplicação da medida de segurança consistente em internação, em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, qual seja, o IPF, pelo prazo máximo de DOZE ANOS E SEIS MESES, na linha do entendimento exposto alhures. Ainda, considerando a indicação de internação com alta progressiva desde o início, deixo de fixar prazo mínimo de cumprimento da medida, que deverá ser cumprida conforme tal indicação.

Chama a atenção na sentença acima citada, de pronto, o posicionamento do magistrado contrário à recomendação da defesa, e até mesmo do órgão acusatório, ambas indicando a possibilidade de tratamento ambulatorial. E, pelo que se extrai das motivações, a gravidade do crime foi considerada elemento central na decisão de internação.

Além disso, a sentença se afasta da lógica extraída do art. 97, § 1.º, do CP, que orienta os prazos mínimos de cumprimento de medida de segurança, mas nada esclarece sobre o prazo máximo. Nesse sentido, o magistrado guiou-se pela jurisprudência do STJ, que entende não ser razoável a duração da medida de segurança por tempo superior ao da pena que cumpriria, caso não fosse imputável. Seguindo esse raciocínio, realizou, inclusive, a dosimetria da pena como parâmetro para estabelecer o prazo máximo da medida de segurança, deixando de indicar o prazo mínimo. Logo, utilizando raciocínio oposto ao que deveria ser aplicado às medidas de segurança.

Duas questões chamam a atenção nesta abordagem: primeiro, o uso da lógica reservada às penas, embora a medida de segurança tenha como finalidade declarada o tratamento, não a punição; segundo, e mais preocupante, a ausência de definição de prazo mínimo, o que reduz as chances de desinternação da pessoa antes do período determinado pelo(a) juiz(a). Isso é particularmente problemático, pois a VEP, em seu art. 176, permite que o(a) juiz(a) ordene a realização do EVCP a qualquer momento durante o prazo mínimo de duração da medida de segurança.

De fato, o STJ possui entendimento no sentido de coibir que a internação perdure por prazo superior ao da pena cominada em abstrato ao crime praticado. No entanto, esse cuidado tem como objetivo primário evitar internações de longa duração, estabelecendo algum tipo de parâmetro para limitação do prazo, já que a legislação não o faz. Isso não significa, de forma alguma, que deve ser imposto, desde a sentença, o período pelo qual deva ser cumprida a medida, emprestando conceitos atinentes à punição, como a dosimetria, conduta que inclusive não é a indicada pelo STJ, já que a Súmula 527 tem como parâmetro a pena em abstrato cominada para o crime na legislação, e não a pena em concreto (aquela aplicada pelo magistrado ao caso concreto, após a análise do mérito do caso). Ora, sendo a medida de segurança, teoricamente, uma forma de garantir o tratamento do imputável, a sua desinternação está condicionada à melhora do quadro psíquico, e não ao cumprimento do prazo estrito de uma pena.

Nota-se, portanto, que, no estado do Rio Grande do Sul, a prática da institucionalização parece ser a regra, ainda que haja outras iniciativas, a exemplo da desinternação progressiva. Porém, antes de se pensar em como melhor reintegrar socialmente o sujeito

internado, melhor seria evitar a internação, sobretudo quando não há recomendação para isso.

Quanto ao estado da **Paraíba**, embora os percentuais de sentença de internação sejam elevados (85,71%, como observado no gráfico “Determinação das sentenças”, acima), há caminho comparativamente diverso em relação aos demais estados analisados. Não apenas em razão do gráfico mencionado indicar que essa UF possui o maior percentual de sentenças que determinam o tratamento ambulatorial em relação aos demais estados (11%), mas também porque as análises das sentenças mostram que há um esforço, ainda que tímido, no sentido de evitar a internação, sendo o tratamento ambulatorial uma medida bem-vinda, ainda que o crime praticado seja punível com reclusão. A exemplo da sentença a seguir:

No caso em tela, não obstante a pena cominada seja reclusão, ainda, o laudo pericial não especifica o grau de periculosidade do réu, verifica-se que não há elementos que evidenciam que ele represente perigo à sociedade, pois, não há notícia de comportamento violento durante o período em que esteve sob custódia cautelar, nunca respondeu por outros delitos e não há notícias que voltou a delinquir.

Ademais, a estrutura familiar do réu é estável, não representando um perigo para a sociedade, no presente momento. Assim, no caso concreto, entendo cabível a aplicação de medida de segurança consistente em tratamento ambulatorial.

Não obstante, é possível identificar a relevância da existência de referências familiares como fator determinante na definição do destino dessas pessoas. Ainda, o fator periculosidade (ou a ausência dela), também parece central na tomada de decisões.

No mesmo sentido, em casos em que há determinação de internação, ainda assim verificou-se esforço em mitigar as suas consequências, buscando caminhos para que ela não perdure por muito tempo. Conforme extrai-se da sentença abaixo citada:

Ante o exposto, com fulcro no art. 415, IV, do Código de Processo Penal, julgo improcedente a pretensão punitiva do Estado, para ABSOLVER a acusada [...] da imputação penal que lhe fora atribuída na denúncia, submetendo-a, no entanto, à MEDIDA DE SEGURANÇA, consistente em internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, pelo período mínimo de 1 (um) ano, até a cessação da periculosidade ou no atingimento da pena máxima abstratamente cominada ao delito em tela, tudo nos termos dos arts. 96, I, e 97, §1.º, ambos do Código Penal c/c Súmula 527 do STJ.

[...]

Considerando que deve ser computado o período de prisão provisória no prazo mínimo estabelecido para a medida de segurança, como prevê o art. 42 do Código Penal e que a acusada, presa em flagrante em 16 de maio de 2017, permaneceu internada na Penitenciária Psiquiátrica Forense-PB de 29 de maio de 2017 a 12 de junho de 2018, DETERMINO que deve ser realizada imediatamente nova perícia médica, para comprovar a cura da acusada (ou, pelo menos, o fim da sua periculosidade), propiciando a sua desinternação, cumprido prazo mínimo fixado de 01(um).

Nesse caso, em que pese ter havido determinação de internação, houve olhar atento no sentido de estabelecê-la no prazo mínimo, e considerar o tempo de custódia já cumprido pela internada, construindo caminhos para uma possível liberdade de pronto. Por outro lado, essa possibilidade se encontra atrelada à determinação médica, e ao manejo da ideia de periculosidade.

Apesar de a periculosidade ser um fator determinante nas sentenças da Paraíba, a gravidade do fato, por outro lado, não possui o mesmo peso. A exemplo da sentença a seguir:

Ante o exposto, julgo procedente em parte a denúncia para, reconhecendo a autoria e a materialidade delitivas, com apoio nos arts. 26 e 97 do Código Penal, aplicar a [...] por infração ao art. 157, *caput*, do Código Penal, punido com reclusão, medida de segurança consistente em internação por tempo indeterminado, com prazo mínimo de 01 (um) ano, perdurando até que seja averiguada por perícia médica a cessação da periculosidade (art. 97, §§1.º e 2.º, do Código Penal).

Nesse caso, embora o crime de roubo, considerado grave, tenha sido praticado, foi observado o prazo mínimo de internação na prolação da sentença. Portanto, no estado da **Paraíba**, verifica-se que há, nas sentenças, um esforço no sentido de evitar a internação, e, mesmo quando esta é aplicada, são apresentadas possibilidades para que ela não perdure por longos períodos.

Assim, foi possível identificar que vários são os argumentos utilizados nas sentenças, no entanto, alguns se apresentam de forma mais frequente. Em todos os estados, o argumento mais utilizado foi o da imputabilidade atestada pelo exame pericial, marcador que indica a legitimidade atribuída a tal exame, mesmo não sendo rara a existência de exames multiprofissionais, que, inclusive, tendem a sugerir o tratamento extramuros. A menção ao art. 97 do CP também aparece em quantidade expressiva, em todos os estados, demonstrando a centralidade do uso da legislação penal, em detrimento da Constituição Federal, da Lei n. 10.216/2001, das Resoluções do CNJ, e mesmo da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Portanto, as fontes que orientam as decisões judiciais podem ser uma pista para a compreensão sobre a opção pela internação, ainda adotada como destino primário para o sujeito com transtorno mental em conflito com a lei. Para que o Judiciário expanda o repertório de caminhos possíveis, é primordial romper com a lógica centralizadora de discursos e saberes dotados de legitimidade, de modo que se abra oportunidade para experimentar outras formas de lidar com esse público, em detrimento do isolamento e da segregação como fim em si mesmos.

2.2.3 Decisões de conversão da pena em medida de segurança

Durante a análise dos casos, também foram mapeadas situações em que houve a conversão da pena no decorrer dos processos. A conversão da pena em medida de segurança ocorre quando no curso da execução da pena privativa de liberdade sobrevier uma doença mental ao(à) condenado(a), casos em que a LEP autoriza o juiz, de ofício, ou a requerimento do MP ou de autoridade administrativa, a conversão (art. 183, LEP).

Há casos em que inicialmente fora imposta pena privativa de liberdade, no entanto, no decorrer da execução, esta pena foi convertida em medida de segurança. Foram identificadas 23 situações dessa natureza, sendo dois casos do Mato Grosso do Sul; dois casos do Pará; um da Paraíba; um do Rio Grande do Sul; e 17 de São Paulo.

Também houve esforço no sentido de mapear situações em que ocorreu a substituição ou conversão do Tratamento Ambulatorial em Medida de Segurança de internação. Nesse caso, houve 17 processos em que tal cenário se apresentou, sendo quatro da Bahia; um do Mato Grosso do Sul; três da Paraíba; e nove de São Paulo.

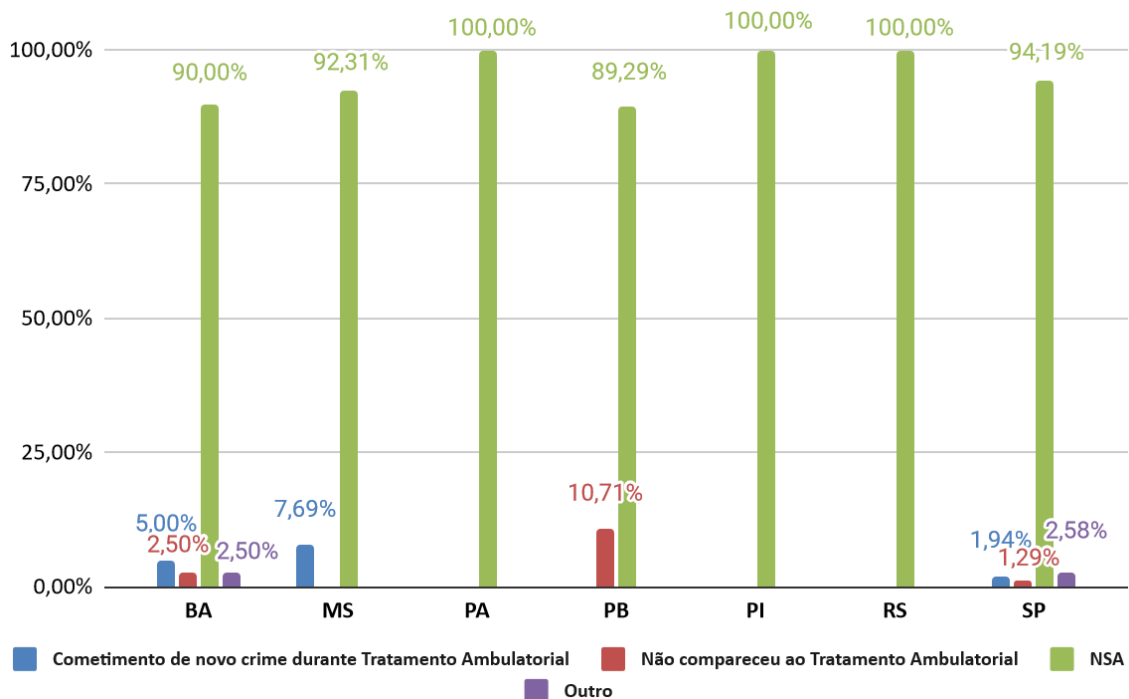
Tabela 54 – Houve substituição/conversão de TA para MS de internação?

10	NSA	Sim	Não	Total
UF	Freq.	Freq.	Freq.	Freq.
BA	36	4	0	40
MS	12	1	0	13
PA	33	0	3	36
PB	24	3	1	28
PI	6	0	0	6
RS	16	0	0	16
SP	126	9	20	155
Total geral	253	17	24	294

Fonte: elaboração própria.

Quando se trata de conversão do Tratamento Ambulatorial para Medida de Segurança de internação, mais do que identificar a sua incidência, foi motivo de atenção a razão que levou a essa decisão.

Gráfico 55 – Se houve conversão do TA em internação, qual o motivo da conversão?



Fonte: elaboração própria.

Da análise dos processos, identificou-se a presença de três cenários que justificaram a conversão de TA em internação, sendo eles: o **cometimento de novo crime durante o tratamento ambulatorial**, situação presente em dois casos da Bahia, em um

caso do Mato Grosso do Sul, e em três casos em São Paulo; o **não comparecimento ao tratamento ambulatorial**, identificado em um caso da Bahia, em três na Paraíba, em dois em São Paulo; e motivos diversos, justificados como “outro”, presentes em um caso na Bahia; um na Paraíba, e quatro casos em São Paulo.

Nos casos em que foram identificados “outros” motivos, na **Bahia**, há um caso que indica como motivo para a conversão de TA em internação: “tratamento ambulatorial imposto ao paciente revela-se incompatível com o estado psíquico em que se encontra”; na **Paraíba**, há um caso de conversão que foi justificada com base em recomendação de laudo psiquiátrico; já em São Paulo, foram encontrados quatro casos em que a conversão foi baseada em “outros” motivos, sendo eles: 1) “Acórdão provido parcialmente a pedido do MP”, ou seja, inicialmente foi aplicada TA em sentença, no entanto, o MP recorreu, e obteve deferimento parcial do pedido, no sentido de conversão da TA para internação, uma vez que se tratava de crime punível com reclusão; 2) “Forma de tutelar pela incolumidade da sociedade e de salvaguardar a própria integridade física e psíquica do sentenciado”; 3) “Ineficácia da TA”; e 4) “Não foi localizado para citação e trocou de endereço sem informar o juízo”.

Partindo desse pressuposto, e retornando à análise das motivações para a conversão de TA em internação nos casos analisados, algumas ponderações se mostram necessárias. Quanto ao não comparecimento ao tratamento ambulatorial, em primeiro lugar, ainda que se trate de imposição legislativa, parece contraditório que um mesmo sujeito inicialmente considerado “incapaz” de responder pelos seus atos, seja dotado de plena capacidade para cumprir de forma rigorosa os termos de uma desinternação condicional em momento posterior. Nesse sentido, é interessante que o juízo se atente às dificuldades e características desse percurso e tratamento que, na maioria das vezes, não é linear. Conforme mencionado no art. 12, § 2.º, da Resolução CNJ n. 487/2023 (CNJ, 2023c):

Eventuais interrupções no curso do tratamento devem ser compreendidas como parte do quadro de saúde mental, considerada a dinâmica do acompanhamento em saúde e a realidade do território no qual a pessoa e o serviço estão inseridos.

Além disso, preocupa a perspectiva de reinternação automática, sem contar com a oportunidade de oitiva do sujeito e da equipe que o acompanha, que possibilitaria, assim, o cumprimento dos direitos constitucionais à ampla defesa e ao contraditório. Essas incoerências se demonstram mais latentes ainda, por se tratar de sujeitos com transtorno mental, uma vez que cenários de piora no quadro psíquico, crises, ou momentos de desorganização mental podem justificar o não cumprimento de forma adequada das condicionantes estabelecidas para o tratamento extramuros. Nesses casos, evidente que a internação não seria a medida mais adequada, uma vez que, nos moldes da Lei n. 10.216/2001, a readequação do plano de tratamento extramuros, visando alcançar as demandas individuais e específicas do sujeito, deveria ser a primeira providência a ser tomada, a despeito da internação, que deve ser evitada a qualquer custo.

No mesmo sentido, a justificativa para conversão do TA em internação, baseada no argumento de que o “tratamento ambulatorial imposto ao paciente revela-se incompatível com o estado psíquico em que se encontra”, também poderia ser sanada da mesma forma apresentada acima, isto é, com a readequação do tratamento.

Portanto, para além das incongruências legais, é primordial pensar sobre a desinstitucionalização além da esfera estrita da desospitalização ou do desencarceramento. Angela Davis (2016), ao falar sobre abolicionismo prisional, nos contempla com sua explanação sobre a concepção de institucionalização como a única medida possível para lidar com as ditas “pessoas más”. A autora se refere aos cárceres (e isto serve para qualquer instituição com caráter de fechamento) não apenas como um campo físico, mas psíquico e ideológico, onde se internaliza a ideia de ser um lugar destinado para colocar as “pessoas más”.

A existência de espaços como os manicômios judiciais, bem como o envio das pessoas para lá como um fim em si mesmo, retira a viabilidade de discussões importantes, assim como retira dos agentes jurídicos um repertório de soluções adequado para pensar formas alternativas de tratamento das pessoas que estão em processo de sofrimento psíquico.

2.2.4 Decisões de desinternação

Em relação à desinternação, a pesquisa identificou: (i) como o MP se manifestou sobre o exame de cessação de periculosidade que opinou pela desinternação; (ii) quais foram as avaliações e os exames considerados na decisão que efetivamente determinou a desinternação; (iii) qual foi a determinação de tal decisão – se extinção da medida ou conversão para tratamento ambulatorial; (iv) se houve efetivamente a desinternação após a decisão; e, se sim, (v) se há registro de nova prisão ou internação após a saída.

Na **Bahia**, em 95% dos casos analisados, o MP manifestou-se concordando com a desinternação e opinando pela adequação da medida de segurança de internação para tratamento ambulatorial. Nos 5% dos casos restantes, o MP também concordou com a desinternação, mas opinou pela extinção da medida de segurança.

No **Mato Grosso do Sul**, em 84,62%, o MP também opinou pela conversão da medida de segurança de internação em tratamento ambulatorial. Contudo, em outros 15,38%, o MP se manifestou contrariamente à desinternação.

No **Pará**, as manifestações do MP que concordam com a desinternação e opinam pela conversão da medida de internação em tratamento ambulatorial representam 83,33% do total. Em outros 2,78% de tal universo, o MP opinou pela desinternação e extinção da medida. Em 5,56% dos casos de tal estado, o MP se manifestou contrariamente à desinternação. Por fim, em 8,33% deles, o MP não se manifestou sobre o exame.

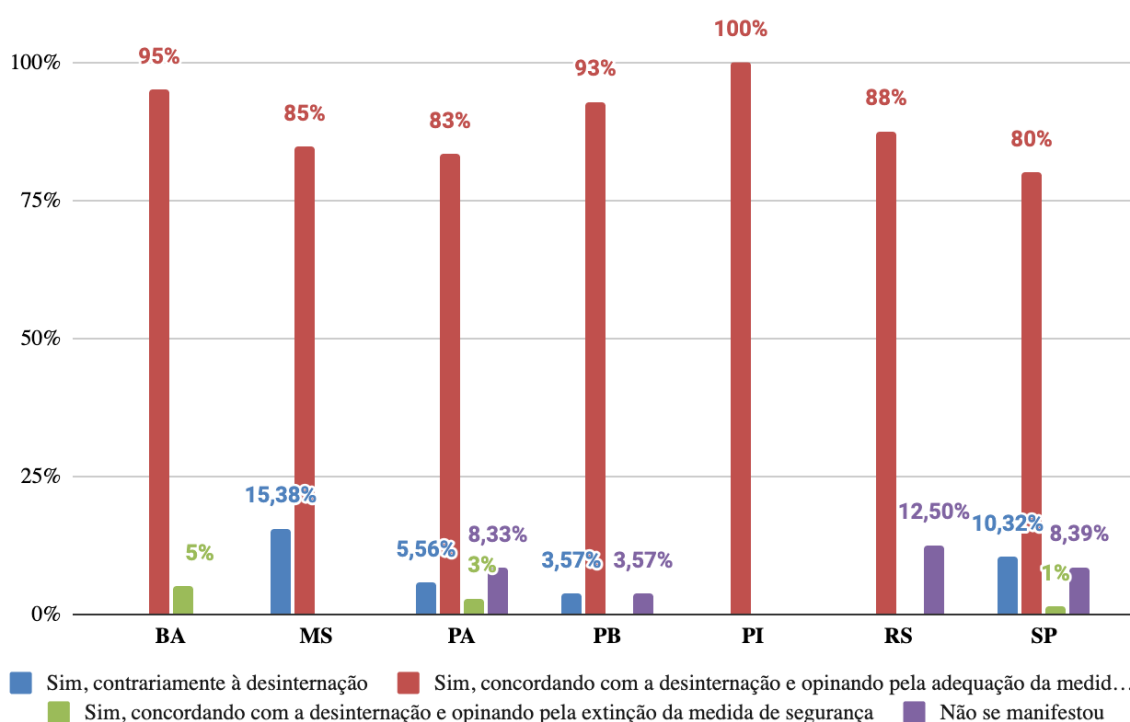
Na **Paraíba**, 92,86% dos casos analisados contaram com manifestação do MP opinando pela conversão da medida de internação em tratamento ambulatorial. O órgão se manifestou contrariamente à desinternação em 3,57% dos casos, mesmo percentual em que não se manifestou sobre o exame.

No **Piauí**, as manifestações que opinaram pela conversão da medida em tratamento ambulatorial representam 100% do total de casos.

No **Rio Grande do Sul**, as manifestações que concordaram com a conversão da internação em tratamento ambulatorial somaram 87,5% do total. Não houve manifestação nos 12,5% restantes.

Por fim, **São Paulo** tem a menor taxa de manifestações que concordaram com a desinternação e opinam pela adequação da medida para o tratamento ambulatorial: isso ocorreu em 80% dos casos, e em apenas 1,29% deles o MP se manifestou concordando com a desinternação e opinando pela extinção da medida. Em 10,32% dos casos desse estado, o MP se manifestou contrariamente à desinternação. Em outros 8,39%, não houve registro da manifestação de tal órgão.

Gráfico 56 – Ministério Público se manifestou sobre o exame de cessação de periculosidade que sugere desinternação



Fonte: elaboração própria.

Dentro dos casos do recorte da pesquisa, o MP parece concordar com a desinternação indicada no exame na maioria dos casos. O **Mato Grosso do Sul** é o estado com maior taxa de manifestações que opinaram contrariamente à desinternação, enquanto no **Pará** não houve nenhuma manifestação contrária a tal medida. Fica evidente, também, que a extinção da medida de segurança após o fim da internação é pouco ventilada nos pareceres do MP em todos os estados.

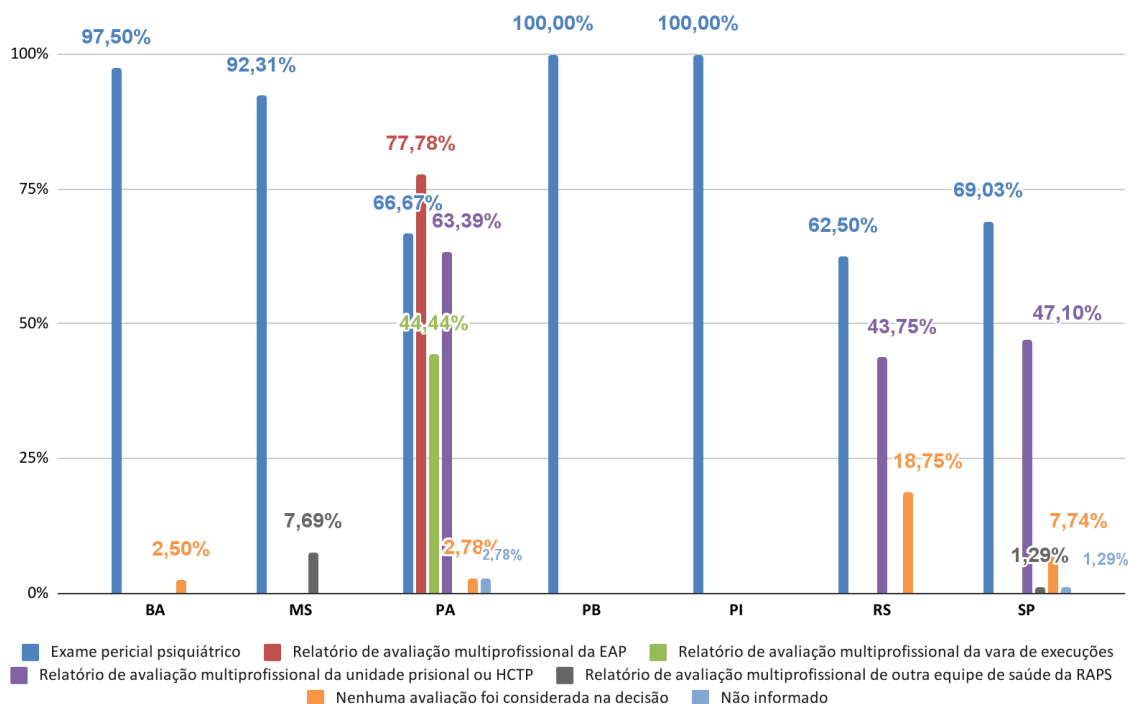
Para determinar a desinternação, na **Bahia**, 97,5% das decisões levaram em consideração o exame pericial psiquiátrico. Em 2,5% das decisões de desinternação, nenhuma avaliação ou exame foi considerado. No **Mato Grosso do Sul**, 92,31% das decisões mencionam o exame pericial. Outras 7,69% delas mencionam o relatório de avaliação multiprofissional de outra equipe de saúde da RAPS. No **Pará**, 77,78% das decisões consideraram o relatório de avaliação multiprofissional da EAP para determinar a desinternação. Em

66,67% dos casos, considerou-se o exame pericial. Em 63,39% das decisões de tal estado, foi mencionado o relatório de avaliação multiprofissional da unidade prisional ou HCTP, e em 44,44% das decisões, mencionou-se o relatório de avaliação multiprofissional da VEP. Em 2,78% dos casos, nenhuma avaliação foi considerada na decisão, mesmo percentual de casos em que não há informação sobre os exames e avaliações considerados.

Na **Paraíba**, 100% das decisões de desinternação analisadas mencionam o exame pericial. Nenhuma outra avaliação foi considerada nas decisões de tal estado. No **Piauí**, o exame também foi considerado na decisão de desinternação em 100% dos casos. Em 14,29% deles, mencionou-se também o relatório de avaliação multiprofissional da EAP. No **Rio Grande do Sul**, 62,5% das decisões de desinternação mencionam o exame pericial. Em 43,75% delas, há menção ao relatório de avaliação multiprofissional da unidade prisional ou HCTP. Em 18,75% dos casos analisados, nenhuma avaliação ou exame foi considerado na decisão de desinternação.

Por fim, em **São Paulo**, 69,03% das decisões de desinternação mencionam o exame pericial. Em 47,10%, registrou-se o relatório de avaliação multiprofissional da unidade prisional ou HCTP. O relatório de avaliação multiprofissional de outra equipe de saúde da RAPS foi mencionado em 1,29% dos casos. Em 7,74% das decisões de tal estado, nenhuma avaliação foi considerada, enquanto em 1,29% delas, não foi possível obter tal informação. Em 1,94% dos casos, foram localizados avaliações e exames produzidos no âmbito do Projeto de Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica no Estado de São Paulo (PJUR), parceria firmada entre o TJSP, a SAP e a Secretaria de Saúde do Estado, que tem como objetivo agilizar o processamento dos casos de cumprimento de medida de segurança.³⁶

Gráfico 57 – Avaliações e exames considerados nas decisões que determinam a desinternação

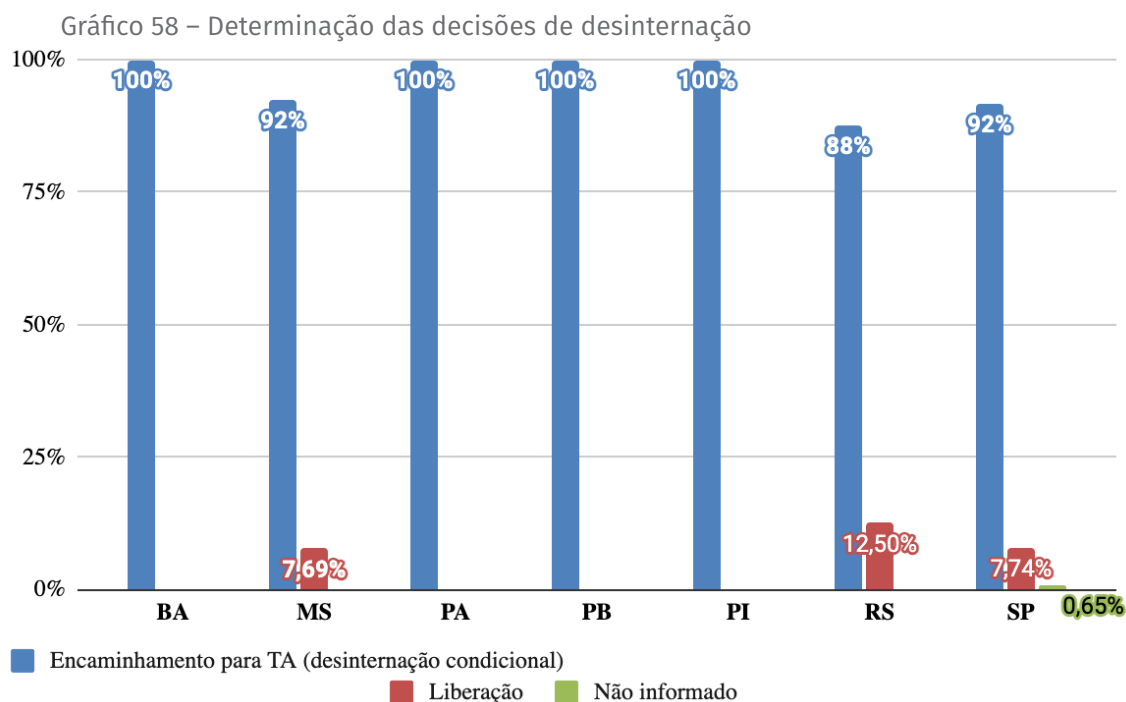


Fonte: elaboração própria.

36. Também estava no escopo de tal parceria a criação de alas especiais, dentro de presídios comuns, específicas para abrigar pessoas em cumprimento de medida de segurança. Para uma avaliação sobre tal medida, ver Barros (2018).

Nota-se que, via de regra, o exame pericial é a principal – quando não única – avaliação considerada pelos(as) magistrados(as) para determinação da desinternação. O caso do Pará se destaca – em tal estado, as decisões mencionam com ainda mais frequência os relatórios de avaliação multiprofissional da EAP. São frequentemente mencionadas também as avaliações realizadas pelas equipes multiprofissionais do HCTP ou da VEP. Ao observar os dados de todos os estados pesquisados, nota-se que considerar uma diversidade de opiniões, incluindo diferentes especialidades, é a exceção, e não a regra, na prática de juízes e juízas. Nos estados da Bahia e Paraíba, por exemplo, não há nenhuma outra avaliação multiprofissional considerada nos casos analisados. As decisões de desinternação desses estados fundamentam-se somente no exame pericial. No Mato Grosso do Sul e Piauí são pouco frequentes as menções a outros tipos de avaliação. Depois do Pará, os estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul são os únicos em que há uma frequência relativamente alta de decisões que consideram algum relatório de avaliação multiprofissional para a desinternação – nesses dois casos, os relatórios produzidos pela equipe multiprofissional do HCTP.

A pesquisa também sistematizou qual a determinação das decisões de desinternação: se o encaminhamento para o tratamento ambulatorial, numa espécie de conversão da medida de internação para outra modalidade, ou desinternação condicional; ou se liberação sem nenhum tipo de cumprimento posterior. Na Bahia, a decisão determinou o encaminhamento para o tratamento ambulatorial em 100% dos casos. No Mato Grosso do Sul, 92,31% dos casos tiveram tal desfecho, enquanto 7,69% das decisões analisadas determinaram a liberação sem tratamento ambulatorial. No Pará, 100% dos casos analisados determinaram a desinternação condicional, tendo como um dos requisitos cumprir tratamento ambulatorial. Na Paraíba, a mesma situação ocorreu: em 100% dos casos analisados, houve encaminhamento para TA. No Piauí também: 100% das decisões do estado determinaram tal encaminhamento. No Rio Grande do Sul, o encaminhamento para o tratamento ambulatorial foi registrado em 87,5% dos casos. Em outros 12,5%, houve desinternação sem a imposição de qualquer condição. Por fim, em São Paulo, 92% das decisões de desinternação determinaram o encaminhamento para tratamento ambulatorial, enquanto, em 7,74% delas, a determinação foi a desinternação sem necessidade de cumprimento de tratamento ambulatorial. Em 0,65% da amostra, não foi possível obter tal informação.



Fonte: elaboração própria.

Pela análise dos dados, fica evidente que o tratamento ambulatorial tem sido mobilizado pelo Poder Judiciário de todos os estados como uma etapa subsequente à desinternação. Ou seja, ao invés de se promover a orientação para o acesso aos dispositivos de atenção e cuidado em saúde mental, sem qualquer condicionalidade (CNJ, 2023c), inclusive o tratamento ambulatorial, este passa a ser um complemento, uma progressão, ou mesmo uma prorrogação da medida de segurança em quase todos os casos analisados. Alguns aspectos qualitativos dessa continuidade da medida serão abordados na próxima parte do relatório, que se dedica aos estudos de casos.

Em todos os processos aqui analisados, há decisão que determina a desinternação (art. 97, § 3.º, do Código Penal). Todavia, em que pese haver tal decisão, em alguns casos a desinternação ainda não se concretizou efetivamente: as pessoas seguem, portanto, internadas aguardando uma data de saída da instituição manicomial. Na **Bahia**, em 80% dos casos houve decisão de desinternação e a pessoa efetivamente foi desinternada; porém, em 20% dos casos, ainda não houve tal desinternação. No **Mato Grosso do Sul**, em 100% dos casos a desinternação se efetivou. No **Pará**, ela se concretizou em 91,67% dos casos analisados, mas em 8,33% deles, no momento da coleta de dados, a pessoa ainda não havia sido desinternada.

Na **Paraíba**, em 82,14% dos casos houve desinternação, mas em 17,86% a desinternação ainda não havia se concretizado. No **Piauí**, em 100% dos casos analisados houve desinternação. No **Rio Grande do Sul**, em 87,5% dos casos houve desinternação após a decisão, mas em 12,5%, a desinternação ainda não havia se concretizado no momento da coleta dos dados. Por fim, em **São Paulo**, houve desinternação em 89,68% dos casos analisados. Em 10,32% deles, não houve registro de desinternação.

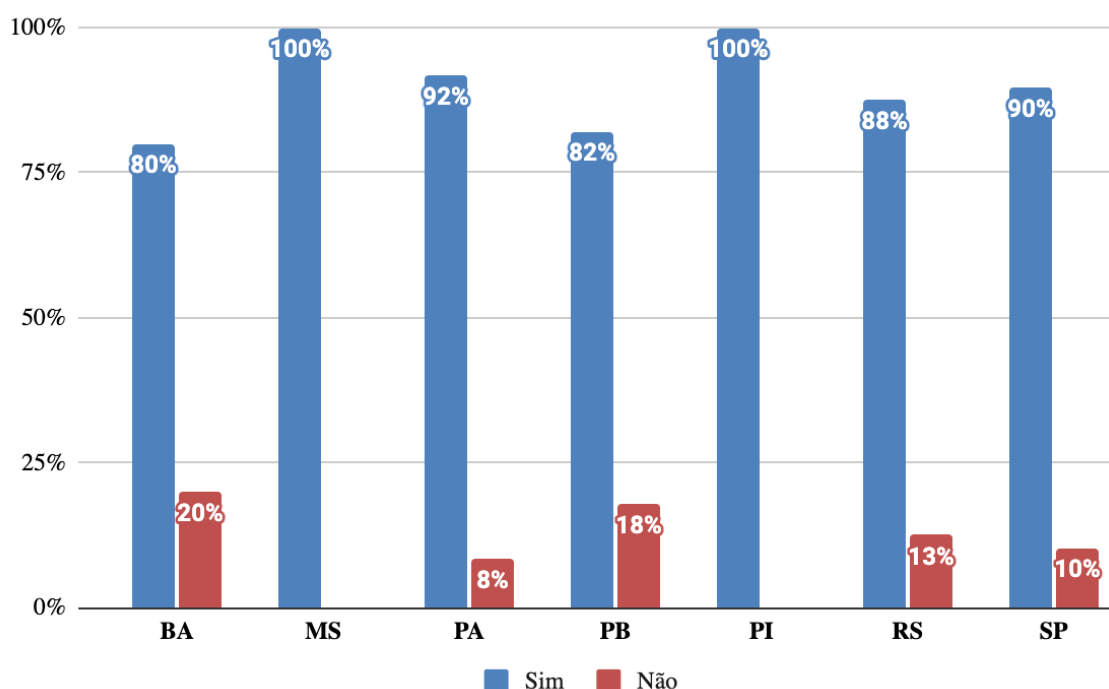
Estes dados podem ser complementados com aqueles levantados na parte 1 deste relatório (perfil das pessoas internadas em unidades de custódia e tratamento psiquiátrico), momento em que foi realizada a análise do tempo médio de internação, bem como o tempo de duração desta após a decisão de desinternação, em cada estado.

Na **Bahia**, a maior parte das internações perduram por menos de um ano (50% dos casos), segundo a tabela 16. Nos casos em que há decisão de desinternação, em sua maioria (27,59%), a pessoa é mantida internada de dois a três anos (tabela 19). Já no **Pará**, em 50% dos casos, a internação perdura de um a dois anos após a decisão de desinternação (tabela 6). Neste estado, prevalece o tempo total de internação de seis a dez anos (41,82% dos casos), conforme demonstra a tabela 8.

Na **Paraíba**, na maior parte dos casos, a internação perdura por menos de um ano (59,41%), segundo a tabela 10. Quanto ao tempo de internação após a decisão de desinternação, em 20% dos casos, dura de dois a três anos, também em 20%, de três a quatro anos, novamente em 20%, de quatro a cinco anos, e seguindo o mesmo percentual (20%), mais de cinco anos (tabela 13).

No **Rio Grande do Sul**, o tempo de internação após a decisão de desinternação perdura, em sua maioria, por mais de cinco anos (50%), segundo a tabela 33. Por fim, em **São Paulo**, a maior parte das internações perdura de três a dez anos (33,33%), segundo a tabela 25. Quanto ao tempo de internação após a decisão de desinternação, em 25,4% dos casos, perduram por mais de cinco anos (tabela 27).

Gráfico 59 – Já houve desinternação?



Fonte: elaboração própria.

Os dados revelam que a decisão de desinternação, por si só, não é a etapa final do processo que concretiza a saída das pessoas das instituições penais-manicomial.

Uma das dificuldades mais importantes para a desinternação é precisamente a porta de saída, seja por ser difícil garantir o retorno para a família em função do enfraquecimento dos vínculos familiares causados pela segregação e afastamento, e pelo delito cometido (quando praticado contra alguém da rede familiar); seja porque, no caso da não existência de referências familiares, há uma grande dificuldade de disponibilidade de vaga em SRT (Oliveira *et al.*, 2023). Nesse caso, cabe refletir sobre a condição imposta em boa parte das decisões de desinternação, relativa ao acolhimento da pessoa por familiar. Nem mesmo a Lei de Execução Penal estabelece tal condição no rol das obrigações previstas no seu art. 132 (aplicável aos casos de desinternação ou liberação, após a cessação da periculosidade, conforme art. 178 da LEP). Além disso, em recente publicação do CNJ, o “Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução CNJ n. 487 de 2023”, tem-se a seguinte reflexão (CNJ, 2023c, p. 50):

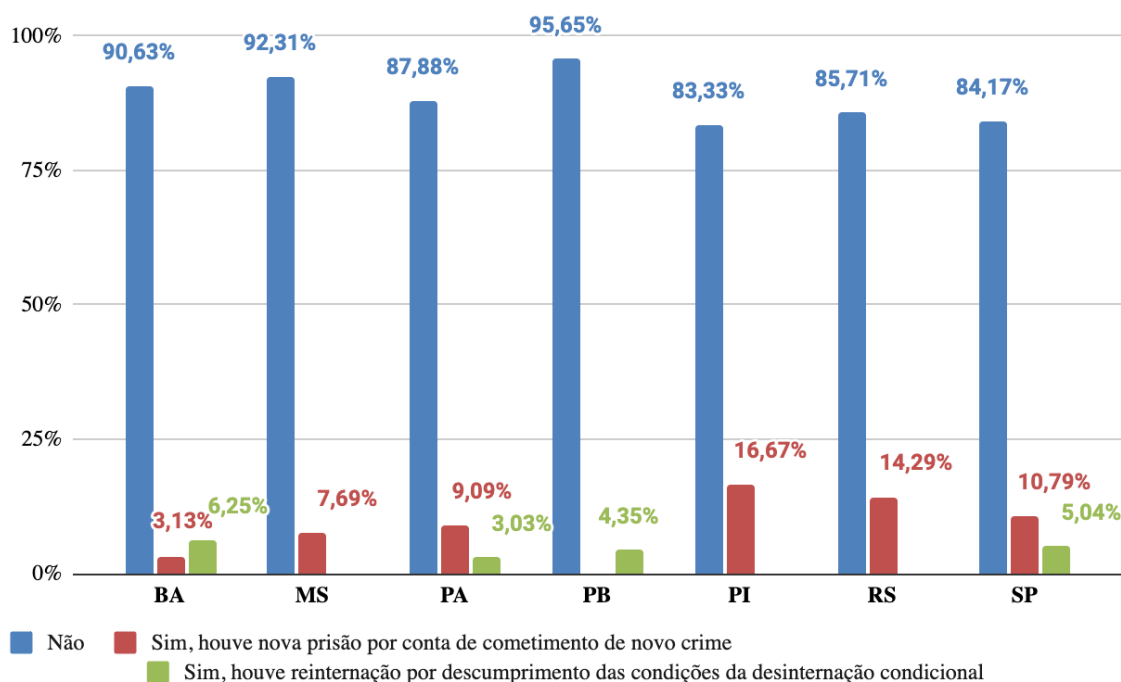
É necessário que se promova a extinção da condicionalidade “presença de familiar” em processos decisórios de soltura dos sujeitos internados e imposição, manutenção ou cessação do tratamento ambulatorial, tendo em vista que o direito de liberdade do sujeito não pode estar submetido à responsabilidade de outra pessoa.

Em alguns estados, como o **Mato Grosso do Sul** e o **Piauí**, de fato, houve a desinternação em todos os casos analisados. Contudo, nos demais estados, a determinação da decisão não se concretizou para todas as pessoas. Chama especial atenção os casos da **Bahia** e da **Paraíba**: nos dois estados, em cerca de 20% dos casos analisados, não houve desinternação. O número não é desprezível e aponta para uma necessidade de maior compreensão dos motivos dessa dificuldade. A discussão será retomada a seguir.

Antes de apresentar detalhamento maior desses casos em que não houve desinternação, vale indicar que a pesquisa também sistematizou se houve casos em que se registrou uma nova internação ou prisão, após a desinternação ter se concretizado. Na **Bahia**, em 6,25% dos casos analisados houve reinternação por descumprimento das condições da desinternação condicional, enquanto em 3,13% houve outra prisão por conta de novo cometimento de crime. Nos demais 90,63% dos casos, não há registro de nenhuma das situações. No **Mato Grosso do Sul**, houve nova prisão por conta de cometimento de outro crime em 7,69% dos casos analisados; nos 92,31% restantes, não há registros nesse sentido. No **Pará**, em 9,09% dos casos houve prisão pelo cometimento de novo crime; em 3,03% houve reinternação por descumprimento das condições impostas para a desinternação; e nos 87,88% restantes não há registros nesse sentido.

Na **Paraíba**, a maioria dos casos não tem registro de tais situações: 95,65% deles. Nos 4,35% restantes, houve registro de reinternação por descumprimento das condições determinadas na decisão de desinternação. No **Piauí**, o cometimento de novos crimes e uma nova prisão foi registrada em 16,67% dos casos; em outros 83,33% não há registros de nova internação ou prisão. No **Rio Grande do Sul**, os mesmos percentuais se repetem: em 14,29% dos casos houve nova prisão por conta de outro crime, enquanto em 85,71% deles, não há registros nesse sentido. Por fim, em **São Paulo**, não houve registro de reinternação em 84,17% dos casos. Nos demais, houve prisão por conta de cometimento de novo crime em 10,79% da amostra e reinternação por descumprimento das condições impostas na decisão de desinternação em 5,04%.

Gráfico 60 – Há registro de nova internação ou prisão, após a desinternação



Fonte: elaboração própria.

A literatura aponta que a articulação com a rede de cuidado e a Rede de Atenção Psicossocial no território está associada à diminuição da reincidência de pacientes (Oliveira et al., 2023), bem como à diminuição de crises de agressividade e de internações em enfermarias psiquiátricas. Além de analisar diversos indicadores relacionados às decisões de desinternação e seus trâmites, a pesquisa também conseguiu captar de maneira mais qualitativa alguns padrões das decisões de desinternação de cada estado.

Em relação ao **Pará**, cabe focar nas decisões em que os relatórios da EAP foram adotados em conjunto com outras avaliações, uma vez que esse tipo de utilização não foi registrado em nenhum outro estado. No exemplo do processo abaixo, é relevante o fato de que o réu estava há mais de um ano sem ter passado por perícia, e que o magistrado faz menção à Portaria n. 02/2019 da VEP/RMB/TJPA, utilizando relatórios emitidos pela equipe técnica da EAP/SESPA, descrita como composta por profissionais altamente capacitados, e do HCTP/HGP, para decidir pelo tratamento ambulatorial (o que a doutrina convencionou chamar de “desinternação progressiva” ou “conversão” da internação em tratamento ambulatorial). De acordo com o processo:

Consta dos autos que o apenado se encontra internado cumprindo medida de segurança a mais de 01 (um) ano sem ter passado por perícia psiquiátrica forense, tendo em vista que o CPC Renato Chaves conta com apenas um(a) médico(a) legista psiquiátrico(a), o que vem acarretando na demora significativa na realização de perícias.

Assim, trata-se o presente caso de situação emergencial, não podendo o apenado aguardar pela realização de perícia *ad eternum*, razão pela qual este juízo com base na Portaria 02/2019 – VEP/RMB/TJPA, utilizará como base os relatórios emitidos por equipe técnica da EAP/SESPA e HGP, haja vista a composição por profissionais altamente capacitados para as avaliações, médico(a) psiquiátrico(a), enfermeiro(a), assistente social, terapeuta ocupacional e psicólogo(a). (Processo 0031)

Ressalta-se, na decisão, que a equipe da EAP, vinculada à Secretaria de Saúde, é responsável pela elaboração do PTS e que a desinternação será realizada mediante a presença de um responsável pelo paciente.

Reforçando a portaria supracitada, o relatório do HCTP/HGP sugere a vinculação do paciente à rede de proteção social e cuidado do SUAS e do SUS.

Nesse contexto, encontra-se em condições de retorno ao convívio familiar, onde poderá sequenciar o tratamento pós-desinternação, junto às redes de cuidado de saúde do SUS, CRAS e CREAS no município de origem, ficando também sob a supervisão da equipe da EAP. Além disso, recomenda-se o acompanhamento psicossocial junto ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS/AD local, como medida preventiva ao tratamento para a prevenção à dependência química. (Processo 0031)

O magistrado cita, ainda, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001), indicando que “a internação só é indicada quando os recursos não hospitalares se mostrarem insuficientes, devendo ser priorizados os meios de tratamento menos invasivos possíveis”. E a orientação do CNJ, art. 17 da Resolução n. 113/2010 (CNJ, 2010b), argumentando que é “de onde se extrai que o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível, buscará políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei n. 10216”. Trata-se de um texto padrão, utilizado pelo mesmo juiz, em suas diversas decisões.

Entre as obrigações para a desinternação condicional, o magistrado estipulou: obter ocupação lícita, no prazo de 30 dias, ou, em igual prazo, comprovar a impossibilidade de fazê-lo; recolher-se a sua residência até as 21h, salvo motivo de trabalho noturno devidamente comprovado; não fazer uso de bebidas alcoólicas e drogas; não transferir de residência, sem prévia comunicação, e nem transferir-se de comarca sem prévia autorização do Juízo com competência para execução penal; apresentar-se ao CAPS ou SUS CCDQ e EAP/SESPA, para tratamento ambulatorial e acompanhamento médico-psiquiátrico até 01 ano após sua apresentação àqueles, fornecendo-se mensalmente relatórios de acompanhamento em que conste avaliação médica.

Em outro processo, em que a combinação de três relatórios deu consistência para a desinternação (Relatório de Avaliação Multiprofissional da EAP, Relatório de Avaliação Multiprofissional da Vara de Execuções, Relatório de Avaliação Multiprofissional do HCTP), nota-se a atuação da Central de Equipe Multidisciplinar da Vara de Execuções Penais da Região Metropolitana de Belém/PA (CEM/VEP), citada acima na experiência do PRAÇAÍ. No processo em questão, trata-se de uma pessoa cujos vínculos familiares foram rompidos, tendo a equipe da EAP recomendado a inserção em Residência Terapêutica.

Os relatórios dessas equipes embasam, no processo, a solicitação do magistrado para o acesso a benefícios socioassistenciais, como o BPC – para pessoas com deficiência – e o acesso ao benefício do PVC – que concede o valor direto aos beneficiários, salvo em casos de impossibilidade de exercer pessoalmente atos da vida civil, quando o benefício

fica sob responsabilidade de representante legal do(a) paciente.³⁷ Os relatórios também sustentam a determinação para que a EAP atue na tentativa de restabelecer os vínculos do(a) paciente com a família. O magistrado decide pelo tratamento ambulatorial, mas em prazo indeterminado, e por, no mínimo, de um ano, amparando-se no disposto no § 2.º do art. 197 do Código Penal. E estabelece, para a manutenção do tratamento ambulatorial, com base no art. 178, da LEP, as seguintes condições, entre outras:

Apresentar-se imediatamente perante a EAP/SESPA, para inclusão na República Terapêutica de Passagem, por um prazo máximo de 6 meses, em razão da necessidade de um dispositivo próprio para moradia, até a equipe da EAP realizar busca ativa de seus familiares em seu município de origem e ou, para que a paciente tenha assegurado seus direitos sociais como Benefício de Prestação Continuada e Programa de Volta pra Casa, bem como para tratamento ambulatorial e acompanhamento médico-psiquiátrico até 01 ano após sua apresentação àquele. (Processo 0021)

São oficiados a SESPA, a Secretaria de Saúde do Estado, o prefeito do município de Belém/PA, o governador do estado (pelo procurador-geral do estado) e o procurador do município, para a adoção de medidas para garantir o acesso a médico e demais profissionais da saúde, além de medicamentos para o(a) paciente, sob pena de responsabilidade civil e penal, devendo informar o juízo no prazo de 90 dias.

No caso da **Bahia**, interessa compreender melhor os casos em que houve determinação de desinternação, mas esta não se efetivou. Vale dizer que as decisões de desinternação de tal estado seguem todas um mesmo padrão. Sempre registram trecho do laudo pericial, depois mencionam, em um parágrafo – igualmente idêntico –, a importância da desinternação para “a continuidade evolutiva do tratamento”, inclusive mencionando recomendação do CNJ neste sentido:

De acordo com as novas diretrizes estabelecidas pela política antimanicomial, a medida de segurança, na modalidade de internação, é providência excepcional a ser adotada pelo Poder Judiciário, admissível quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Nesse sentido, a desinternação, mediante acompanhamento extra-hospitalar e o convívio do paciente judiciário com seus familiares e a comunidade local, é medida imperiosa para contribuir com a continuidade evolutiva do tratamento. Em sintonia com tal tendência, o CNJ editou a Recomendação no 35, de 12 de julho de 2011, versando sobre as diretrizes que devem ser adotadas em atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança. (Processo n. 0262)

Por fim, indica-se que “deverá, todavia, ser dado prosseguimento ao tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial” e que “o Paciente [...] poderá ser internado” se “praticar ato indicativo de sua periculosidade – seja ele típico e antijurídico ou não – durante o período de prova de 1 (um) ano”. Além de tais determinações, também se observa sempre a mesma lista de obrigações a serem cumpridas:

37. Segundo informações do Ministério da Saúde, o Programa de Volta para Casa (PVC) oferece auxílio à reabilitação psicossocial e é destinado às pessoas acometidas por transtornos mentais, com histórico de internação de longa permanência, a partir de dois anos ininterruptos, em Hospitais Psiquiátricos ou de Custódia. Trata-se de auxílio à reabilitação, para restituir o direito de morar e conviver em liberdade, promover a autonomia e o protagonismo de seus usuários e usuárias. Foi Instituído pela Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, e é regulamentado pela Portaria de Consolidação n. 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, como uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, ancorada na Lei n. 10.216/2001. (Ministério da Saúde. Programa de Volta para Casa. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa>. Acesso em: 10 nov. 2023.)

1. Submeter-se a tratamento no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, do local onde irá fixar residência;
2. Não mudar de endereço sem a prévia comunicação ao Juízo Execucio-nal competente;
3. Manter bom relacionamento com amigos, familiares e estranhos;
4. Respeitar as determinações das autoridades civis e militares;
5. Permanecer em recolhimento domiciliar noturno (das 22 horas às 6 horas), exceto em situações de emergência ou de urgência médica ou desastre;
6. Não ingerir bebidas alcoólicas, nem consumir drogas ilícitas;
7. Não frequentar bares, casas de jogos e festas populares;
8. Não portar armas;
9. Procurar este Juízo ou o da Comarca onde fixar residência, sempre que tiver alguma dúvida a respeito deste processo que não possa ou não saiba resolver. (Processo n. 0265)

As determinações – que se repetem em todos os processos da Bahia analisados – revelam como nesse período inicial da desinternação a liberdade da pessoa é frágil. Além de ser encaminhada para um tratamento obrigatório no CAPS, há diversas regras a serem seguidas e a ameaça do retorno à internação caso cometa “ato indicativo de sua periculosidade” – expressão totalmente indeterminada. As obrigações impostas remetem diretamente ao cumprimento do livramento condicional (art. 132, LEP), o que revela o espelhamento entre o cumprimento de uma medida de segurança e o cumprimento de uma pena.

Mesmo tal liberdade frágil não se concretizou para todos os casos da Bahia analisados. Nos dois casos mencionados acima, bem como em outros do mesmo estado, o tempo de um ano indicado na decisão inicial – que seria cumprido em tratamento ambulatorial – transcorreu sem que houvesse de fato a desinternação. Também em ambos, ultrapassado tal prazo, o MP se manifestou nos autos solicitando que o HCT fosse notificado para prestar informações e que houvesse a “desinternação imediata” da pessoa em questão. Nos dois, afirma-se que o motivo da impossibilidade da desinternação seria “a indisponibilidade de vaga em SRT e desinteresse da família em acolhimento” (Processo n. 0265). Nesse tipo de situação, o relatório produzido pelo HCT afirma também que a pessoa “Aguarda uma vaga em Residência Terapêutica” (Processo n. 0262). Assim, há pessoas que aguardam há mais de um ano uma vaga em residência terapêutica para serem efetivamente desinternadas.

A situação da Bahia – estado em que há mais pessoas em tal condição – revela um dos entraves da porta de saída dos HCTPs: a falta de vagas nas residências terapêuticas. Pensar em políticas que permitam não só a determinação judicial da desinternação, mas também a concretização de tal decisão, parece urgente em estados como a Bahia e a Paraíba.

Quanto ao estado da **Paraíba**, foram alvo de maior atenção na análise os casos em que houve decisão de desinternação, mas esta não foi concretizada. Conforme já exposto alhures, neste estado, em 82,14% dos casos houve decisão pela desinternação, mas em 17,86%, que corresponde a cinco casos, esta ainda não havia se concretizado. Esses cinco casos não são inexpressivos e descortinam dois entraves na concretização da desinternação dessas pessoas. O primeiro é a centralidade nas referências familiares,

como fator determinante para a desinstitucionalização. O segundo é a ausência de vagas em residências terapêuticas neste estado.

Durante a análise desses casos paradigmáticos, em um deles foi identificado que houve decisão de desinternação condicional proferida em 22/10/2019, no entanto, até o momento da coleta de dados da pesquisa, o paciente ainda se encontrava no Hospital de Custódia, uma vez que não foi possível conseguir contato com os familiares, e não há vagas em residências terapêuticas na comarca. Ficou decidido, então, que a desinternação somente poderia, de fato, ocorrer, com a notícia de criação de nova RT.

Em outro caso, no mesmo sentido, houve decisão de desinternação condicional proferida em 5/7/2019, no entanto, até o momento da coleta desta pesquisa, o paciente se encontrava no Hospital de Custódia pelos idênticos motivos mencionados acima. Situação igual foi identificada em outro processo, em que mesmo tendo havido decisão de desinternação em 28/7/2020, o interno não foi desinternado até o momento da coleta dos dados, pois não possui referência familiar para o receber, tampouco há vagas em RTs na região. No mesmo sentido, há um caso em que a decisão de desinternação é datada de 2/6/2020, e até o momento não houve, de fato, a desinternação, pelos mesmos motivos expostos nos demais. Há também mais um caso em que a decisão de desinternação foi proferida em 11/8/2020, porém, pelos motivos já citados, não foi concretizada.

Esse cenário demonstra que somente conseguem alcançar a desinternação plena aquelas que possuem vínculos familiares, no entanto, não é razoável atribuir à família integralmente a responsabilidade pelo acolhimento dessas pessoas. Por outro lado, o estado tampouco assume tal responsabilidade, uma vez que não oferece espaços suficientes para acolher esse público nas políticas já existentes.

Nos demais estados, as decisões de desinternação também seguem mesmo padrão em cada um deles. Via de regra, são sintéticas e repetitivas. Em cada lugar, alguns elementos pontuais chamam a atenção por ajudar a jogar luz sobre as tendências de cada estado no momento da desinternação.

No **Mato Grosso do Sul**, por exemplo, as decisões ressaltam a necessidade da desinternação condicional, como no trecho abaixo:

Se extrai do laudo pericial que o custodiado teve diagnóstico de CID-10: F19 – transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas, sendo que o Sr. Perito, verificando a atual situação do interno, entendeu cabível a continuidade do seu tratamento em regime ambulatorial com especialista psiquiatra. [...] Neste caso, reputo cabível a desinternação progressiva com liberação condicional, uma vez que o agente necessita de cuidados ambulatoriais e psiquiátricos, não sendo razoável, sua liberação imediata de maneira incondicional, mormente porque seu retorno ao convívio social depende da continuidade do tratamento com o efetivo uso de remédios controlados (Lei 10.216/2001, art. 5.º). [...] Portanto, ainda que baixa a periculosidade do interno, tenho que é necessária sua preparação para o retorno ao convívio social, porquanto, embora não seja mais necessária sua internação, aquele ainda precisa de cuidados médicos. (Processo n. 066)

A ênfase na necessidade de “preparação para o convívio social”, que seria realizado pela desinternação condicional, revela como esse instrumento tem relevância no estado. As decisões de desinternação também exigem o envolvimento da EAP nessa

etapa da medida de segurança, tema que será abordado de maneira mais detalhada na próxima parte deste relatório. Vale sublinhar, embora não se trate de um argumento de desinternação, que no estado do Mato Grosso do Sul há recorrência de desinternação condicionada ao uso de tornozeleira eletrônica, dimensão que será abordada na parte 3 deste relatório. Em alguns processos, a EAP se manifesta argumentando que o equipamento é desnecessário e não indicado.

No **Piauí**, as decisões mencionam a conclusão do laudo de cessação de periculosidade e são mais enfáticas ao reafirmar a importância de ter atenção aos princípios estabelecidos pela Lei n. 10.216/2001, como se vê a seguir:

Do exame pericial realizado resultou o laudo supracitado, o qual, em resposta aos quesitos, concluiu o seguinte: “O paciente tem indicação de manter acompanhamento multiprofissional ambulatorial ou em CAPS, [...]”. Convém ressaltar, por outro lado, que, em sintonia com a nova visão dos problemas de saúde mental, sigo o entendimento de que são aplicáveis, na execução de medida de segurança, os princípios e regras da Lei no 10.216/2001, visando a recuperação do paciente, aplicando-se e mantendo-se a internação somente quando necessária, entendimento, também, de parte da jurisprudência nacional, como se pode observar: [...]. (Processo n. 0231).

No **Rio Grande do Sul**, as decisões mencionam as conclusões dos laudos de cessação de periculosidade e, quando há, das avaliações multiprofissionais realizadas e limitam-se a listar as condições da desinternação condicional, que são as que seguem:

1. não mudar de residência sem prévia comunicação ao Juízo da Execução, bem como obter autorização deste na hipótese de transferência para outra Comarca;
2. recolher-se a sua residência até as 22 horas, desde que não esteja prestando serviço ou frequentando curso, casos em que comprovará alegado;
3. apresentar-se, de quatro em quatro meses, no Juízo da Execução, enquanto perdurar o seu benefício, comunicando, nestas ocasiões, sua ocupação;
4. apresentar-se no juízo da execução dentro do prazo de 24 horas seguintes a sua liberação, para informar seu endereço e outros dados necessários ao exato cumprimento das condições acima referidas;
5. não portar armas. (Processo n. 0110).

As decisões do estado de **São Paulo** seguem a mesma lógica. Além de afirmar que “a perícia médica concluiu: está cessada a periculosidade” e mencionar, em alguns casos, a evolução registrada nas avaliações multiprofissionais, apresenta-se a lista de obrigações durante o período de desinternação condicional:

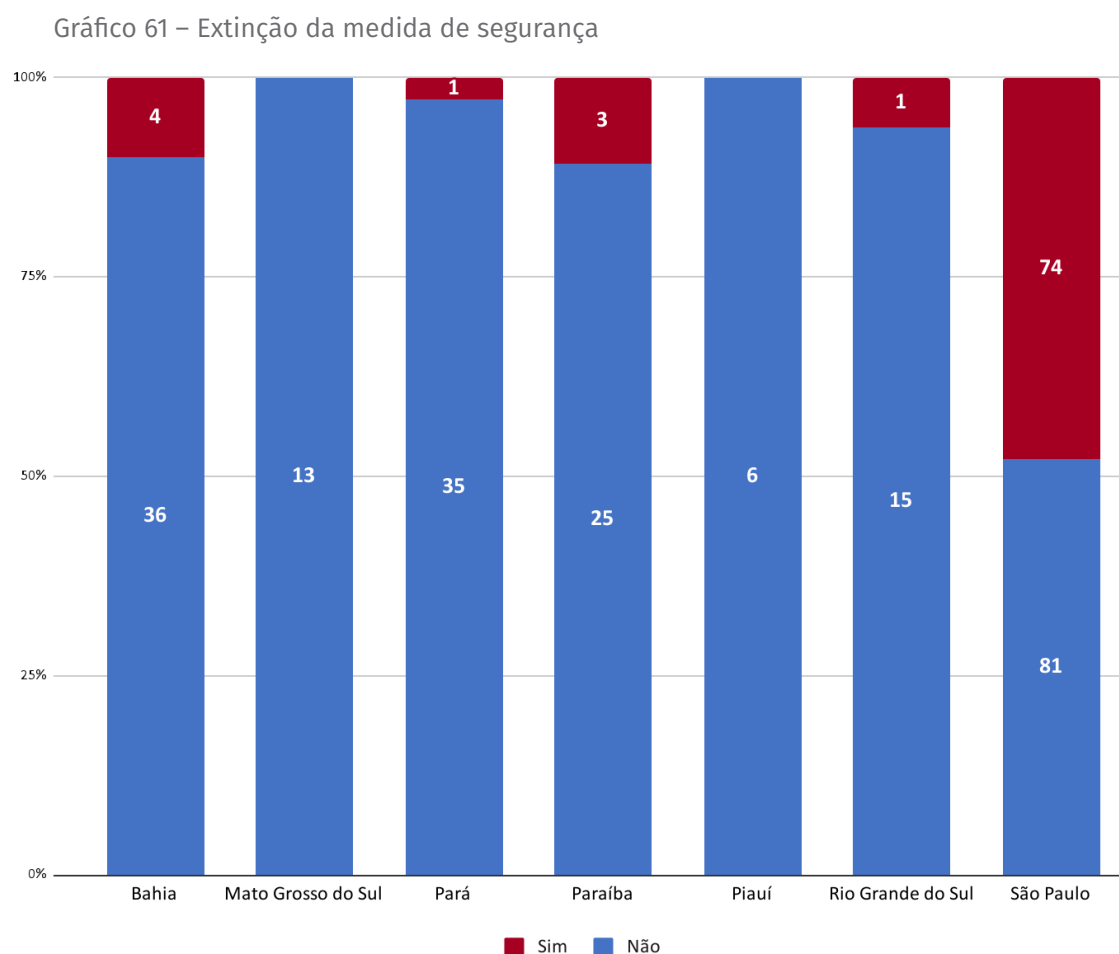
- a) comprovar, em sessenta dias, a submissão ao tratamento indicado (acompanhamento em Tratamento Ambulatorial/CAPS-AD);
- b) comprovar, em sessenta dias, o exercício de ocupação lícita, ou justificar a impossibilidade de fazê-lo;
- c) comunicar ao Juízo, por meio do setor de fiscalização de albergados, semestralmente, suas ocupações; e
- d) não mudar de endereço sem prévia comunicação ao Juízo, e não mudar do território da Comarca sem prévia autorização judicial; (Processo n. 0389)

No geral, a leitura das decisões de tais estados corrobora os achados quantitativos da pesquisa: as avaliações psiquiátricas têm peso grande nas decisões de desinternação

e há grande tendência, em todos os estados, de determinação da desinternação condicional, com obrigações distintas para o sujeito em cada estado, embora se observe que elas se remetem àquelas previstas para o cumprimento do livramento condicional (art. 132, LEP), uma vez que é o procedimento indicado no art. 178 da LEP. Isso denota, mais uma vez, a adoção do cumprimento da pena como parâmetro para a medida de segurança.

2.2.5 Decisões de extinção da medida de segurança

Apesar de haver a decisão de desinternação nos processos analisados, em poucos, há a sentença de extinção da medida de segurança. Verificou-se, nos processos, se havia tal extinção:



Fonte: elaboração própria.

Dos 294 processos analisados, somente foram encontradas 83 extinções. Prevalece nos casos a desinternação condicional com tratamento ambulatorial e não a liberação, e, nesses casos de tratamento ambulatorial, não se leva em conta, a curto prazo, a extinção da medida. Dessa forma, o perfil de casos analisados é majoritariamente de medidas não extintas.

Dos 83 casos de extinção da medida de segurança, neles, o MP se manifestou favoravelmente à desinternação em 65. Já em quatro casos, o MP se manifestou contra-

riamente à extinção, sendo esses do estado de São Paulo. Destaca-se, contudo, o fato de que desses casos, em 24,49%, a avaliação psicossocial não foi determinante para a extinção.

Os argumentos utilizados nesses casos são bem diversos. Prevalece, contudo, o que estabelece o artigo 97, § 3.º, do Código Penal, segundo o qual, “A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.”.

Tabela 55 – Argumentos de extinção da medida de segurança

Argumento	Frequência
Cumprimento das condições da desinternação condicional no prazo determinado, sem notícia de elemento que indique a persistência da periculosidade.	41
Atingiu o tempo máximo da pena em abstrato prevista na capitulação do delito (Súmula 527, do STJ)	12
Manifestação do MP favorável	12
Apenado foi condenado pela prática de outro crime à cumprimento de PPL, em observância ao sistema vicariante, foi extinta a MS para que iniciasse o cumprimento da PPL	5
Ante o falecimento do executado foi extinta a punibilidade na forma do artigo 107, inciso I, do Código penal	5
Cessaçã de periculosidade confirmada por perícia médica	11
Decisão de recurso em <i>Habeas Corpus</i> do STJ, reconhecendo a aplicação do princípio da insignificância no caso em tela, e consequente trancamento da ação penal	1
Não saiu do HCT, e terminou prazo de 1 ano de desinternação condicional	4

Fonte: elaboração própria.

É interessante que, em 12 dos casos, se utilizou a Súmula 527 do STJ, segundo a qual o período de duração da medida de segurança não deve exceder o limite máximo da pena estabelecida abstratamente ao crime praticado.

Também chama a atenção a quantidade de casos (12) em que a extinção foi motivada por manifestação favorável do MP, o que demonstra a relevância do posicionamento do órgão acusatório na formação do convencimento judicial.

Em **São Paulo**, especificamente, notou-se que o debate sobre a observância ao sistema vicariante perpassa os processos nas decisões de extinção da medida de segurança. Segundo esse sistema, que é adotado no Brasil, não é possível cumular pena com medida de segurança. Portanto, neste estado, em cinco casos, houve a condenação por outro crime durante o cumprimento da medida de segurança, e apenas como forma de viabilizar a aplicação de uma pena privativa de liberdade ao acusado, a medida foi extinta.

O mesmo estado também apresenta quatro casos em que foi determinada a desinternação condicional, no entanto, o sujeito não chegou a sair do HCT por diversos motivos, entre eles, ausência de vínculos familiares e falta de vagas em RTs. Considerando o decurso do prazo de um ano da desinternação, e o constrangimento ilegal identificado na manutenção em HCT, isso figura como justificativa para a extinção da medida de segurança.

No **Pará**, no único processo com extinção, a manifestação do MP analisada concorda com a referida extinção, assim como esta decisão foi determinada com base na sugestão de avaliação psicossocial.

PARECER DA EQUIPE – EAP: “Considerando toda articulação da EAP, RAPS e SUAS para a construção da reinserção psicossocial do paciente no município Alenquer, somado a entrevista com o paciente, realizada por equipe multidisciplinar, bem como o acompanhamento periódico do tratamento ofertado pelo território, percebemos que o processo de reabilitação e adesão ao tratamento, possibilitou a melhoria de diversos aspectos na vida do paciente. Diante do exposto, verificamos que o paciente vem cumprindo o tratamento ambulatorial de forma satisfatória, somos de parecer favorável à Extinção de Medida do mesmo.” (Processo 0022)

O MP foi provocado para se manifestar sobre tal parecer, e com base na sugestão da equipe, também se posicionou favoravelmente à extinção da medida de segurança. Com isso, entendeu o juízo que houve a “cessação da periculosidade” do sujeito, resultando que atribui ao cumprimento dos fins legais da medida de segurança:

DECISÃO JUDICIAL – “Nessa senda, tem-se que a presente Medida de Segurança cumpriu com os seus fins legais, visto que, por consequência do tratamento ambulatorial continuamente aplicado ao beneficiário, este já goza de condições pessoais de conviver socialmente em harmonia e obedecendo a padrões éticos mínimos de comportamento. Pelo exposto, nos termos do art. 66, V, “e” da LEP, REVOGO a Medida de Segurança de tratamento ambulatorial aplicada ao beneficiário, e em consequência, EXTINGO a presente execução.” (Processo 0022)

A partir desta decisão judicial é possível fazer algumas reflexões. Quando o Juízo atribui à extinção da MS o alcance das supostas finalidades da pena, esse argumento remete ao que descreve a Lei de Execução Penal em seu artigo 1.º: “A execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado.”.

Tal ideia coaduna com o disposto no Título VI do Código Penal (Das Medidas de Segurança), no qual, a medida de segurança de internação é prevista como uma forma de tratamento, *a priori*, e não de punição (já que neste caso, o agente é inimputável), e este tratamento deve perdurar por tempo indeterminado, enquanto não for averiguada a “cessação da periculosidade” do sujeito. Compreender essa base legal permite alcançar os discursos do judiciário e os tensionamentos constantes.

Nesses casos, a categoria “periculosidade” figura quase como um pretexto para que seja permitido punir pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, paradoxalmente consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis em um primeiro momento (Levy, Silva e Rocha, 2023). Como não são consideradas capazes de entender o caráter ilícito do ato que cometeram, o que justifica o aprisionamento é a “periculosidade” dessas pessoas. A periculosidade, afinal, advém da suposição de que esses sujeitos possam vir a delinquir novamente, representando, assim, um perigo para a sociedade, e a consequente necessidade de contenção. Trata-se de um “exercício de futurologia pseudocientífica” (Rauter, 2003), portanto, é natural que cause insegurança jurídica quanto aos destinos desses(as) internos(as).

Outro elemento que chama a atenção na decisão judicial do caso em análise é a responsabilização individual do sujeito pela sua “cessação de periculosidade”, sujeito este que, recorde-se, foi considerado “incapaz” ao ter uma medida de segurança determinada. Portanto, argumentos como “obedece a padrões éticos” e “goza de condições pessoais de conviver socialmente em harmonia” atribuem quase que integralmente a esse sujeito a sua reabilitação, o que, como dito anteriormente, deveria ser uma finalidade da pena, alcançada por meio do tratamento manejado pelo Estado.

Esse tipo de discurso, em seu sentido finalístico, na verdade, serve à reprodução de desigualdades, pois desconsidera as condições sociais desses sujeitos, e relaciona a reabilitação a um esforço individual de melhoria. Assim, não se questiona todo o histórico de ausência de acessos, preconceitos e desigualdades sociais que enfrentam. Não à toa, apenas um, dos 36 casos analisados, alcançou tais requisitos. Fosse tão simples e houvesse condições igualitárias para que todos(as) sejam restabelecidos(as), naturalmente, este quantitativo poderia ser mais significativo.

É necessário ressaltar a pouca clareza legislativa sobre a extinção da medida após a desinternação, o que pode contribuir para o baixo delineamento disso nas decisões. A extinção é fundamental para o fim da medida de segurança, ou seja, para que o Estado Penal deixe de impor-se perante o indivíduo.

A falta de decisões de extinção revela o quanto é difícil, em situações de medidas de segurança, a cessação da atuação estatal. Isso, na verdade, é expressão de um Estado Penal que mesmo diante de medidas limitadoras continua ampliando suas malhas de dominação. O Estado Penal expandiu-se consideravelmente, e, qualquer tentativa de recuo nos números de encarceramento parece ser apenas um fenômeno transitório, respondido com uma expansão aguda da tutela da justiça penal por meio de outros processos multiformes de controle (Amaral, 2011).

2.3 Fluxos processuais e os trânsitos pelas instituições

Neste último item será apresentada, de forma mais detida, a pesquisa de fluxo. Um dos eixos principais da presente pesquisa é o estudo do fluxo dos referidos processos, ou seja, analisar os trânsitos e os tempos relacionados à internação das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei no sistema de justiça criminal. O objetivo é contribuir para a compreensão das temporalidades que permeiam os processos de internação e desinternação identificando, se possível de forma esquemática, suas etapas. Na análise de fluxo será feito o fluxograma das principais etapas, bem como a observação dos tempos processuais, inclusive recursais, e eventuais gargalos.

Os primeiros estudos sobre o fluxo do sistema de justiça criminal no Brasil datam dos anos 1980 e se dedicam a problematizar as relações que as organizações da justiça criminal estabeleciam entre si (Sapori e Lima, 2017). Tanto a seletividade quanto a morosidade foram temas candentes em muitas dessas pesquisas, em abordagens predominantemente quantitativas (Oliveira, 2018). Dessa forma, o presente estudo diferencia-se por conjugar técnicas qualitativas e quantitativas e por estar focado na arquitetura do trânsito processual que foi desenhada, suas tensões, mas também como as pessoas circulam entre as instituições.

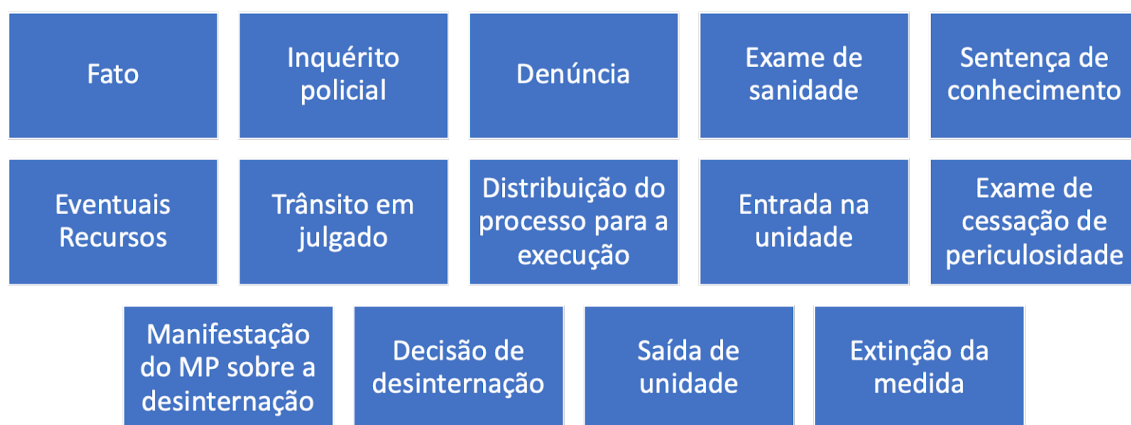
Busca-se, também, identificar, no fluxo dos processos, o trânsito das pessoas. São pessoas que transitam entre as etapas dos processos, em um vaivém de instituições penais e de cuidado. Não é possível, dessa maneira, dissociar o fluxo dos processos das dinâmicas de tempo e das instituições. São dinâmicas que se entrecruzam e afetam umas às outras. Assim, será observado o trânsito das pessoas ao longo dos fluxos, identificando, por exemplo, questões como a covid-19 e a política de drogas, e como impactam esses trajetos.

Sublinha-se que o fluxo aqui destacado está focado em 140 processos de execução de medida de segurança ocorridos em sete unidades da Federação (Bahia, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Sul e São Paulo), conforme o recorte temporal escolhido (já explicitado na apresentação desta seção). São processos de curta, média e alguns até de longa internação, mas que se diferem da realidade de boa parte das pessoas hoje internadas, que podem até ter fluxos mais complexos. Todavia, o fato de serem processos com data de distribuição a partir do dia 1.º/7/2017 até 30/6/2023 e com decisão de desinternação, facilitou o desenho processual do momento da internação até a desinternação.

2.3.1 Apresentação do fluxo e análise dos tempos

Para a investigação dos itinerários jurídicos, foi utilizada a metodologia de reconstrução do fluxo do sistema de justiça criminal (Oliveira e Machado, 2018), com análise quali-quantitativa das informações coletadas sobre o tempo e o encaminhamento processual, adotando um método “retrospectivo”, a partir do olhar para os casos já encerrados, partindo do fim até o começo. A partir dos questionários foram destacados os seguintes momentos processuais para compor a análise de fluxo:

Gráfico 62 – Momentos processuais analisados



Fonte: elaboração própria.

No início da pesquisa, decidiu-se que esses momentos processuais permitiriam análise mais estruturada e sistematizada de cada caso e perpassariam as fases pré-processual, processual e de execução penal. No processo penal, esse itinerário composto de uma sequência de atos previstos em lei configura garantia processual constitucional de realização do princípio do devido processo legal (artigo 5.º, LIV, CF) (Lopes, 2019).

Nesse sentido, ao longo do questionário, foram coletadas as datas de cada um desses momentos e feitos os devidos cruzamentos em análise quali-quantitativa para, na construção do fluxo dos julgamentos, observar padrões, tendências e gargalos.

Em primeiro lugar, foi importante observar que essa cadência processual não ocorre de forma linear. Em muitos casos, esses momentos podem se deslocar ou serem suprimidos, como será destacado na apresentação dos dados. Em três processos, por exemplo, há uma diferença negativa entre a data do fato e a data da entrada na unidade. Nesses casos, o fato ocorreu após a entrada na unidade. Em alguns casos são pessoas que cometeram algum ilícito durante uma internação. Em 11 casos, a diferença foi negativa entre a data de distribuição e do exame psiquiátrico, acontecendo o exame muito depois do início da fase de execução.

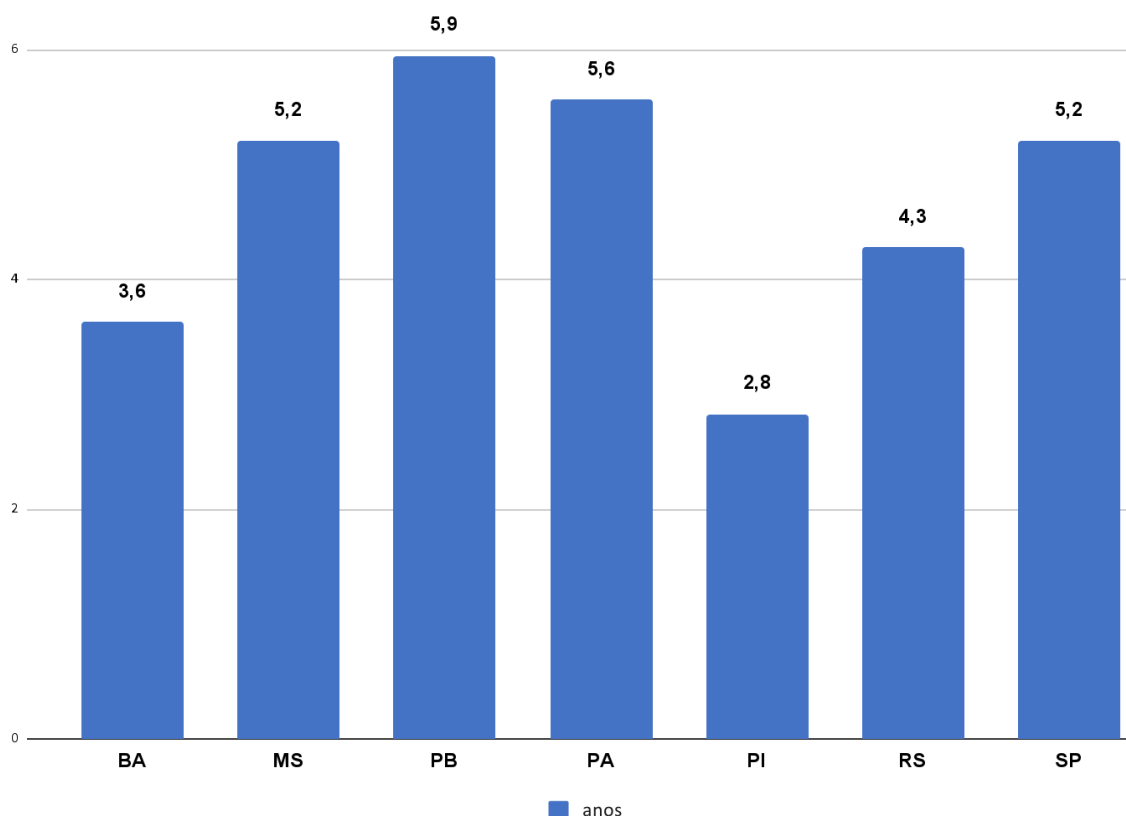
Destaca-se também que, em poucos casos, como já observado em subseções anteriores, houve a extinção da medida de segurança e, em alguns casos, mesmo com a decisão de desinternação, não houve a saída da unidade, o que levou o fluxo principal ser o da data do fato até a desinternação.

Mesmo com esses desafios, com situações que fogem do ritmo processual, foi possível observar a linha do tempo mais ampla do fato até a desinternação como a principal, assim como outras sublinhas. Ressalta-se que o fluxo não vai até o trânsito em julgado porque o foco principal é observar a desinternação, ainda que haja adiante observações sobre o trânsito em julgado nos processos.

Uma das primeiras análises possíveis de serem feitas acerca da linha do tempo dos processos é sobre a morosidade processual e o decurso do tempo. Foram registrados dois processos com mais de 15 anos entre a data do fato e a desinternação. De outro lado, o processo com menor tempo entre a data do fato e a desinternação foi de 236 dias (cerca de sete meses).

Analisando em conjunto os sete estados, pode-se observar que a maioria dos processos demorou até três anos (30,43%), o que pode ser explicado pelo recorte delimitado pela pesquisa: processos de execução de medida de segurança com data de distribuição a partir do dia 1.º/7/2017 até 30/6/2023. Nota-se que, apesar dos avanços registrados nos últimos anos, uma parcela significativa dos casos ainda demanda um período considerável entre a ocorrência do fato e a distribuição do processo. Observa-se que 12,17% dos casos levam de cinco a sete anos, outros 12,17% variam de sete a dez anos, e uma parcela de 6,09% ultrapassa os dez anos nesse intervalo.

Gráfico 63 – Tempo médio entre a data do fato e a desinternação (anos) 1



Fonte: elaboração própria.

Apresentando os dados de forma mais minuciosa, tem-se:

Tabela 56 – Total de anos entre a data do fato e a desinternação

Período	BA		MS		PA		PB		PI		RS		SP		Total geral	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Menos de 3 anos	14	5,69%	2	0,81%	4	1,63%	8	3,25%	4	1,63%	3	1,22%	40	16,26%	75	30,49%
De 3 a 4 anos	4	1,63%	3	1,22%	5	2,03%	2	0,81%	1	0,41%	3	1,22%	15	6,1%	33	13,41%
De 4 a 5 anos	8	3,25%	4	1,63%	8	3,25%	1	0,41%	1	0,41%	4	1,63%	21	8,54%	47	19,11%
De 5 a 7 anos	3	1,22%	--	--	7	2,85%	3	1,22%	--	--	1	0,41%	29	11,79%	43	17,48%
De 7 a 10 anos	1	0,41%	--	--	7	2,85%	5	2,03%	--	--	1	0,41%	16	6,5%	30	12,2%
Mais de 10 anos			2	0,81%	2	0,81%	3	1,22%	--	--	--	--	11	4,47%	18	7,32%
Total	30	26,09%	11	4,47%	33	13,41%	22	8,94%	6	2,44%	12	4,88%	132	53,66%	246	100%

Fonte: elaboração própria.

Em comparação entre os estados, percebeu-se que a **Paraíba** possui o maior tempo médio entre a data do fato e a desinternação (seguido pelo Pará) e o **Piauí** o menor tempo (seguido pela Bahia). Somando todos os estados, tem-se que a maioria dos processos demorou menos de três anos nesse decurso (30,49%). Apenas 7,32% dos processos demoram mais de dez anos.

Esse fluxo temporal principal se correlaciona com a análise do decurso do tempo entre a internação e a desinternação, mas com algumas diferenças. Boa parte das pessoas ficou internada menos de três anos: 31,58% das pessoas ficaram nas unidades de um a

dois anos, 21,05% menos de um ano e 19,62% de dois a três anos, conforme visualiza-se na tabela seguinte:

Tabela 57 – Total de anos entre a entrada na unidade e a data da desinternação

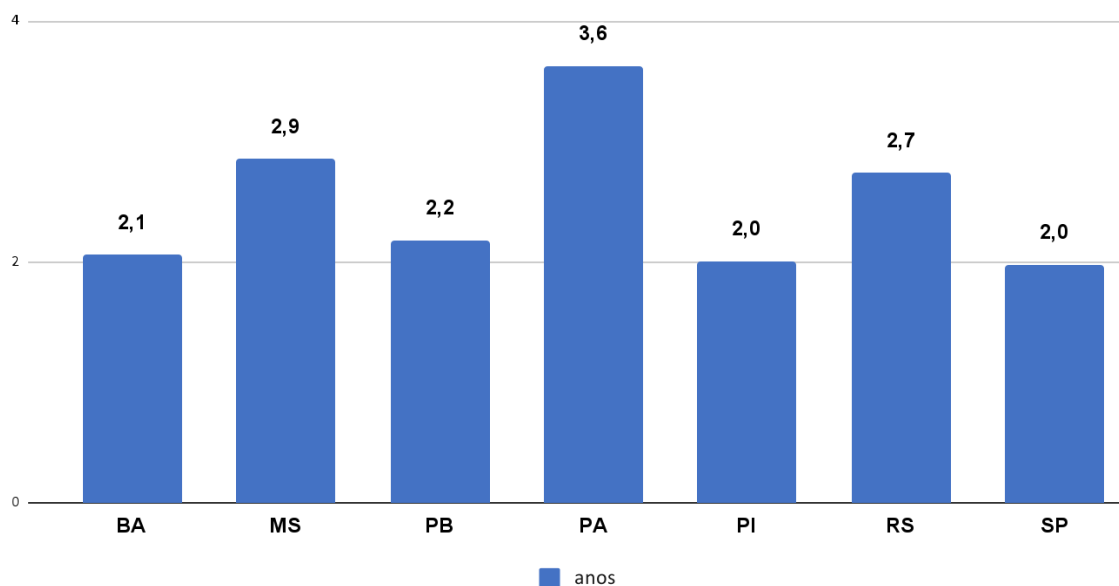
Período	BA		MS		PA		PB		PI		RS		SP		TOTAL	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Menos de 1 ano	6	2,87%	--	--	2	0,96%	4	1,91%	1	0,48%	--	--	31	14,83%	44	21,05%
De 1 a 2 anos	7	3,35%	2	0,96%	8	3,83%	9	4,31%	3	1,44%	2	0,96%	35	16,75%	66	31,58%
De 2 a 3 anos	6	2,87%	3	1,44%	6	2,87%	4	1,91%	1	0,48%	5	2,39%	16	7,66%	41	19,62%
De 3 a 5 anos	4	1,91%	5	2,39%	7	3,35%	3	1,44%	1	0,48%	4	1,91%	18	8,61%	42	20,1%
Mais de 5 anos	1	0,48%	--	--	9	4,31%	2	0,96%	--	--	--	--	4	1,91%	16	7,66%
Total	24	11,48%	10	4,78%	32	15,31%	22	10,53%	6	2,87%	11	5,26%	104	49,76%	209	100%

Fonte: elaboração própria.

Com relação a esse tempo de internação, todavia, observou-se que o estado do **Pará** (3,6 anos) foi o que teve maior tempo médio entre a internação e a saída da unidade, enquanto **São Paulo** e **Piauí** (dois anos) tiveram o menor tempo. As variações nesses casos, contudo, não são muito intensas, mas alguns casos chamam atenção. Em dois casos as pessoas ficaram internadas menos de 100 dias (menor tempo). No caso com maior tempo de internação, a pessoa ficou internada por 8,3 anos (3.031 dias).

O tempo médio entre a internação e a desinternação, por estado, pode ser apresentado da seguinte maneira:

Gráfico 64 – Tempo médio entre a internação e a desinternação (anos) 2

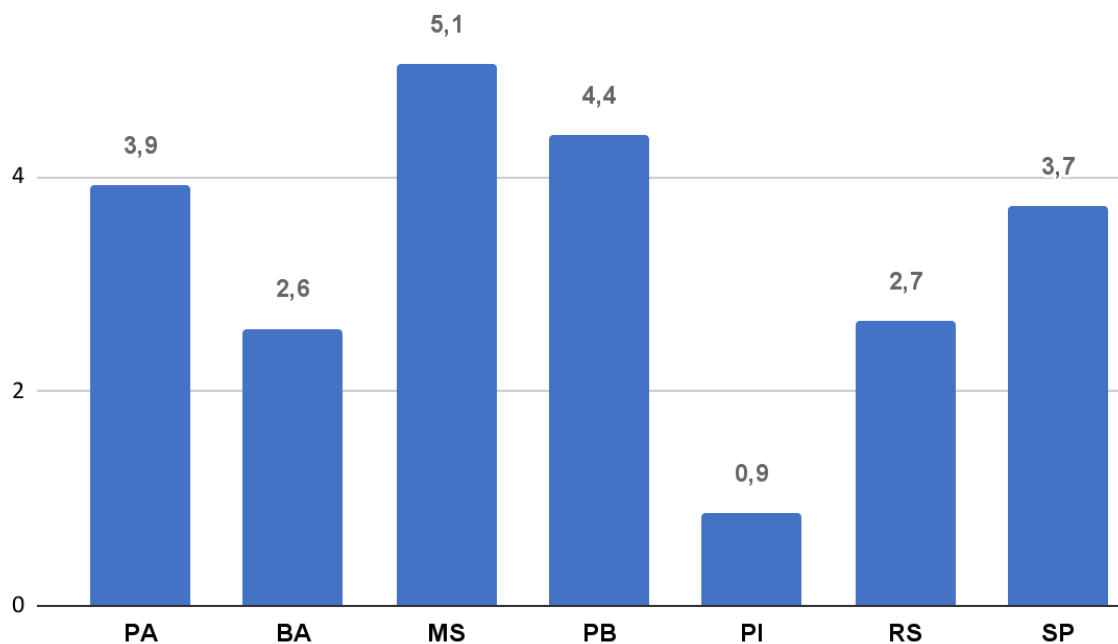


Fonte: elaboração própria.

É possível, contudo, analisar alguns tempos processuais de forma mais detida, a fim de verificar os maiores gargalos. O primeiro período destacado é entre a data do fato e a denúncia. Essa seria a etapa preliminar. Segundo Aury Lopes (2019), essa é uma fase pré-processual que pode ter a realização do inquérito policial, das comissões parlamentares de inquérito ou sindicâncias etc. Na totalidade dos casos analisados foi

o inquérito policial o instrumento central. Nessa fase, há um conjunto de atividades desenvolvidas a partir de uma notícia-crime, com caráter prévio e de natureza preparatória com relação ao processo penal que se inicia com a denúncia. Como regra, há o prazo de 30 dias para a conclusão do inquérito policial de acordo com o art. 10 do CPP. Observa-se o tempo médio:

Gráfico 65 – Tempo médio entre a data do fato e a data da denúncia (meses) 1



Fonte: elaboração própria.

Em que pese seja uma fase preliminar, preparatória da ação penal, percebe-se significativo decurso do tempo em alguns estados. O **Piauí** foi o estado com menor tempo médio, 0,9 mês, enquanto o estado do **Mato Grosso do Sul** tem um tempo médio de 5,1 meses. A **Paraíba** também se destaca com tempo médio de 4,4 meses. É um tempo considerável despendido com uma fase apenas preparatória da ação penal, o que pode contribuir para o cenário do Gráfico 19, que aponta a permanência das internações provisórias.

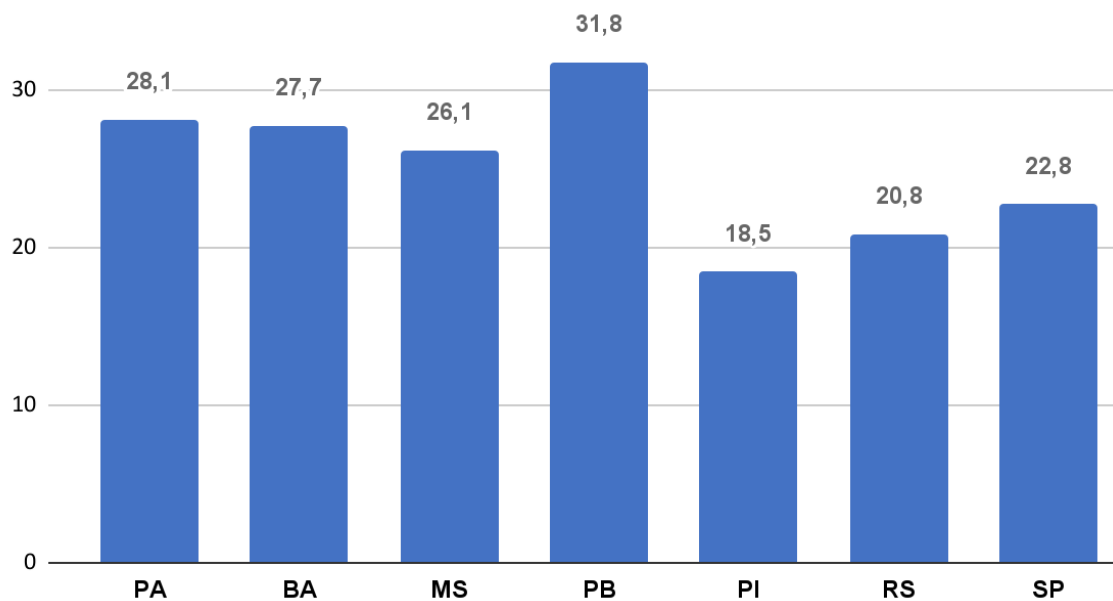
Outro período que merece a nossa atenção é entre a data da denúncia e a data da sentença, que seria a fase da instrução processual. A fase instrutória é aquela destinada à colheita das provas e culmina com a sentença que determina a internação ou não. Não há, no CPP, período definido para essa etapa, ainda que sejam estabelecidos prazos para alguns dos procedimentos que a compõem.

Deve vigorar a razoável duração do processo, princípio contido no art. 5.º, LXXVIII, da CF (incluído pela EC n. 45/2004) e na Convenção Americana sobre Direitos Humanos (art. 7.º, §5.º). Tal princípio garante não só a duração razoável do processo, como também a celeridade na sua tramitação, reconhecendo-se a gravosidade do processo penal. Durante muito tempo consolidou-se uma jurisprudência que fixava uma base de 81 dias. Todavia, passou-se a entender que o prazo para concluir a instrução criminal deve obedecer ao critério da razoabilidade, sem levar em conta a soma aritmética do

tempo de cada ato processual.³⁸ Nos dizeres de Alexandre Moraes da Rosa e Sylvio Lourenço da Silveira Filho (2014, p. 27), “o tempo razoável para o processo, concebido como convergência de garantias, não é necessariamente o tempo mais curto, mas justamente o tempo adequado para que o processo cumpra suas funções”.

Na pesquisa aqui desenvolvida, observa-se:

Gráfico 66 – Tempo médio entre a data da denúncia e a data da sentença (meses) 2



Fonte: elaboração própria.

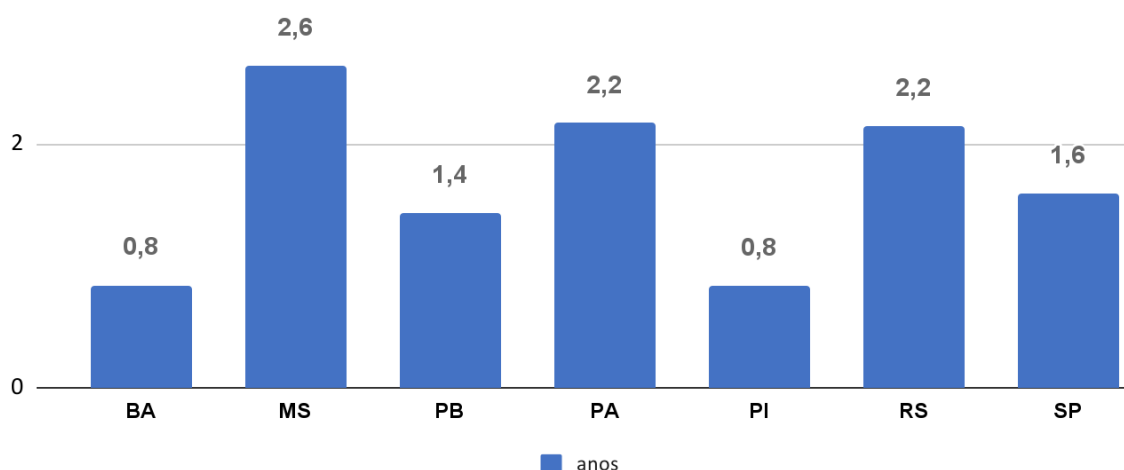
Nesse caso, o estado da **Paraíba** se destaca com o maior tempo decorrido: 31,8 meses, seguido pelo **Pará** com 28,1 meses. O estado do **Piauí** é o que apresenta menor tempo: 18,5 meses. O Piauí reproduz o menor tempo na fase preliminar e processual e a Paraíba destaca-se com os maiores períodos nas duas etapas. Percebe-se, assim, processos com um tempo médio superior a um ano, superando os 81 dias anteriormente fixados. Todavia, esse é um cenário nacional ao se tratar dos processos criminais. De acordo com o Datajud, Painel Estatístico do CNJ, um processo criminal na Justiça Estadual, em primeira instância, do oferecimento da denúncia até o primeiro julgamento, tem tempo médio de 1072 dias³⁹, o que corresponderia a aproximadamente 35 meses.

De outro lado, é preciso analisar o tempo decorrido entre o início da execução e a desinternação, última etapa analisada na pesquisa:

38. STF. **Ag.Reg. no Habeas Corpus 216.622**. São Paulo. Relatora: Min. Cármen Lúcia. Publicado em: 29/8/2022.

39. Consulta em 23 de abril de 2024.

Gráfico 67 – Tempo médio entre o início da execução e a desinternação (anos)



Fonte: elaboração própria.

Pode-se observar que o **Mato Grosso do Sul** é o estado com maior tempo entre a internação e a desinternação (2,6 anos), seguido pelo **Pará** e pelo **Rio Grande do Sul** (ambos com 2,2 anos), enquanto a **Bahia** e o **Piauí** são os estados com menor tempo (0,8). O Piauí segue como o estado com menor tempo médio nas três fases.

A tabela a seguir permite ter acesso a alguns dados de forma mais precisa:

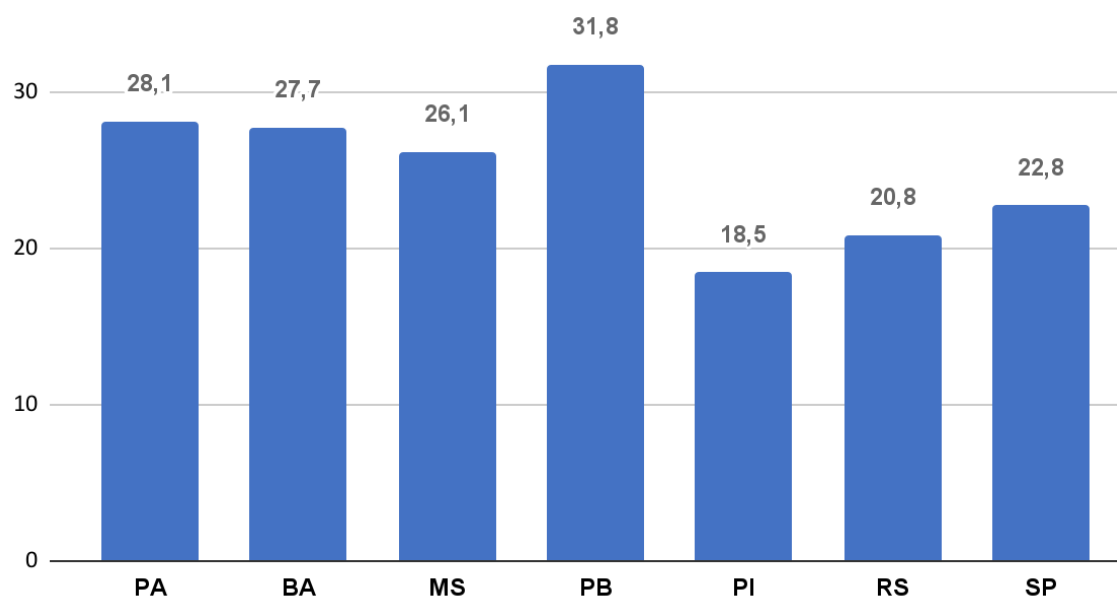
Tabela 58 – Total de anos entre o início da execução e a desinternação

Período	BA		MS		PA		PB		PI		RS		SP		TOTAL	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Menos de 1 ano	5	2,29%	1	0,46%	8	3,67%	14	6,42%	4	1,83%	2	0,92%	57	26,15%	91	41,74%
De 1 a 2 anos	2	0,92%	2	0,92%	9	4,13%	4	1,83%	2	0,92%	1	0,46%	37	16,97%	57	26,15%
De 2 a 3 anos	--	--	3	1,38%	10	4,59%	1	0,46%	--	--	3	1,38%	20	9,17%	37	16,97%
De 3 a 5 anos	--	--	4	1,83%	5	2,29%	2	0,92%	--	--	3	1,38%	16	7,34%	30	13,76%
Mais de 5 anos	--	--	--	--	1	0,46%	1	0,46%	--	--	--	--	1	0,46%	3	1,38%
Total	7	3,21%	10	4,59%	33	15,14%	22	10,09%	6	2,75%	9	4,13%	131	60,09%	218	100%

Fonte: elaboração própria.

O caso com menor tempo demorou dez dias e o caso com maior tempo demorou 1988 dias. Em 41,74% dos processos analisados, a execução demorou menos de um ano. Apenas em 1,38% o processo demorou mais de cinco anos (seis processos ao todo). A pesquisa também buscou detalhar algumas das etapas processuais. Um olhar gráfico acerca das médias dessas etapas permite evidenciar mais ainda a questão:

Gráfico 68 – Média dos marcos temporais dos Estados analisados (meses)



Fonte: elaboração própria.

Na tabela que se segue, o exame aparece como um dos marcos temporais mais relevantes, mostrando o seu impacto no curso do processo.

Tabela 59 – Média dos marcos temporais dos estados analisados

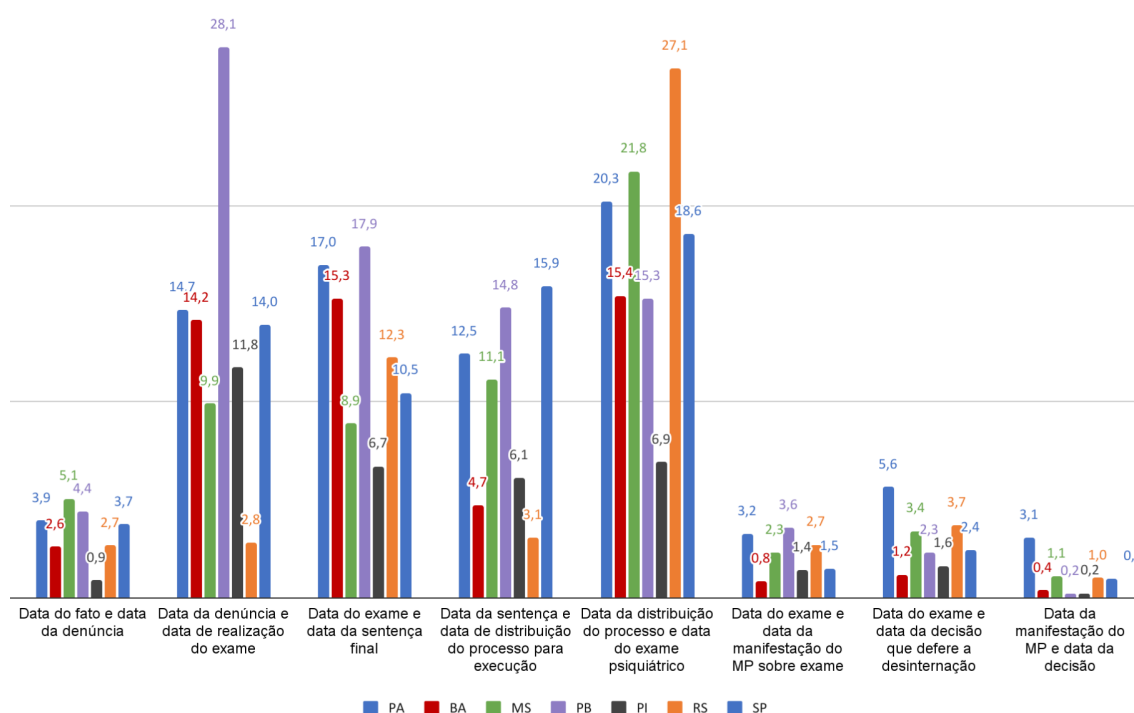
Período	Meses
Data do fato e data da realização do exame de sanidade	3,6
Data da denúncia e data de realização do exame de sanidade	14,2
Data do exame de sanidade e data da sentença final	11,9
Data da sentença e data de distribuição do processo para execução	13,9
Data da distribuição do processo e data do exame de cessação de periculosidade	18,6
Data do exame de cessação e data da manifestação do MP sobre o exame	1,9
Data do exame de cessação e data da decisão que defere a desinternação	2,7
Data da manifestação do MP e data da decisão	1

Fonte: elaboração própria.

Nesse caso, a maior demora processual é entre a data de distribuição do processo para execução e a do exame de cessação de periculosidade (18,6 meses); e depois, a data da denúncia e a data de realização do exame de sanidade (14,2 meses). A demora para ambos os exames é impactante ao processo. O menor tempo seria entre a manifestação do MP sobre o exame de cessação de periculosidade e a decisão de desinternação (1 mês), seguido pelo tempo entre o exame de cessação de periculosidade e a manifestação do MP sobre o exame (1,9 mês). Observa-se que a atuação ministerial não é, assim, caracterizada por atrasos no curso do processo.

É possível também analisar de forma comparativa os fluxos de cada estado:

Gráfico 69 – Marcos temporais dos estados analisados (meses)



Fonte: elaboração própria.

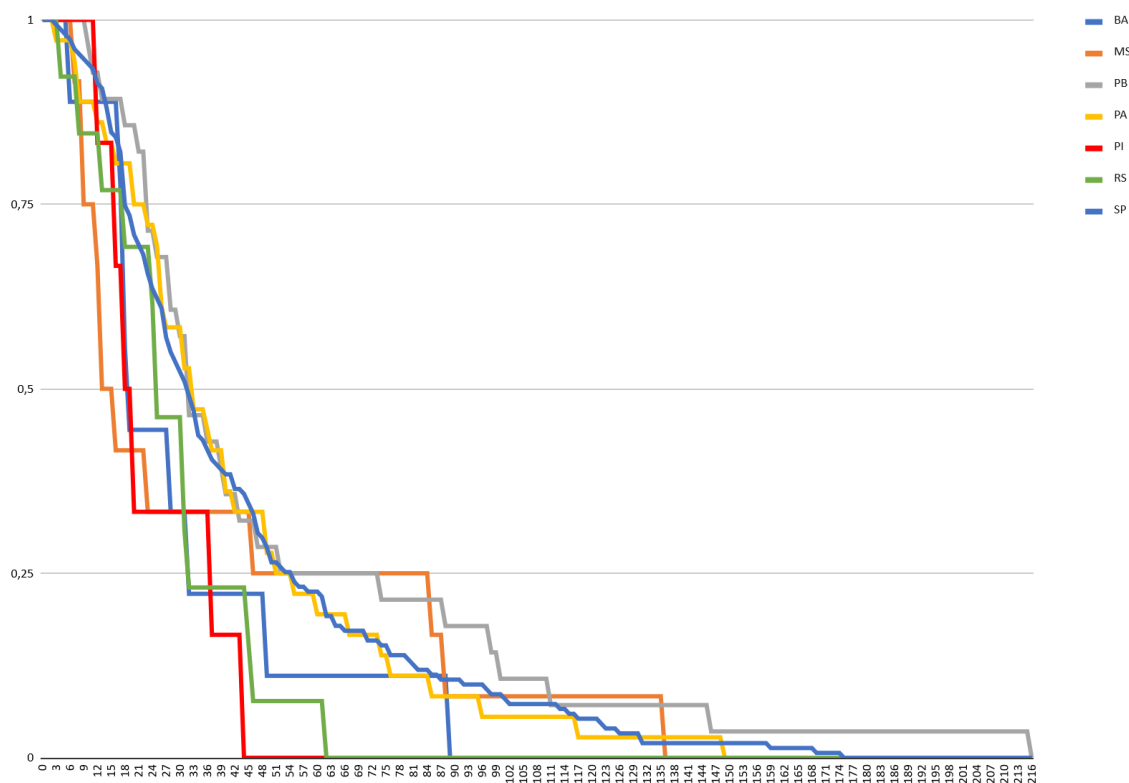
Os maiores períodos são, em ordem, entre: 1) a data de distribuição do processo e o exame de cessação de periculosidade; 2) a data da denúncia e o exame de verificação de periculosidade; 3) a data do exame de verificação de periculosidade e da sentença que determina a internação; e 4) a sentença de internação e a distribuição para a execução.

A partir da apresentação do fluxo dos processos por estado, em meses, conseguiram-se compreender alguns dos gargalos temporais mais detalhadamente. No estado da Paraíba, a maior demora é entre a denúncia e a realização do exame de sanidade mental, enquanto nos demais: **Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Piauí, São Paulo** e no **Pará**, destaca-se o período entre a data de distribuição do processo e o exame de cessação de periculosidade.

Chama a atenção na análise comparativa dos processos nos estados a diferença entre cada um. O estado do **Piauí**, por exemplo, só teve uma média temporal acima de dez meses. Já o estado da **Paraíba**, em três momentos, teve a média acima de dez meses, chegando a ter a maior média de 28,1 meses entre a data da denúncia e a data da realização do exame de sanidade mental.

Para refinar a análise foram utilizadas curvas de sobrevivência comparativas entre os estados, considerando a data da distribuição para a execução e a desinternação, e curvas entre a data do fato e a da distribuição do processo, o que permite visualizar as diferenças. A curva de sobrevivência (Kaplan-Meier) corresponde a um gráfico que indica a quantidade de população que sobrevive a determinada circunstância. O método de Kaplan-Meier é utilizado para estimar a probabilidade de sobrevida em vários intervalos de tempo e para ilustrar graficamente a sobrevida ao longo do tempo (Ferreira; Patino, 2016):

Gráfico 70 – Curva entre a data do fato e a distribuição do processo para a execução (meses)



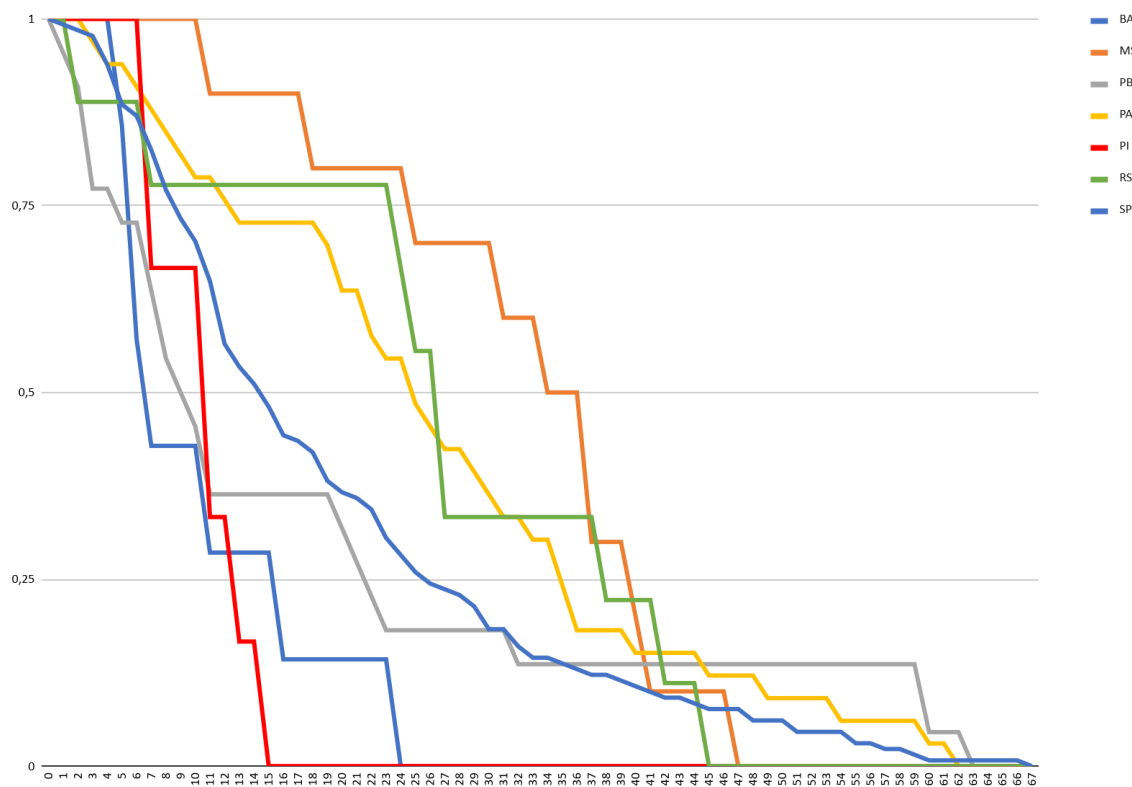
Fonte: elaboração própria.

As curvas acima começam com a data do fato (100% dos casos) e terminam com a data da distribuição do processo para a execução. A distribuição de 100% dos casos nos sete estados ocorrerá somente após 215 meses. O **Pará** é o estado que tem a primeira queda com mais rapidez, no caso, o oferecimento da denúncia.

A curva do **Piauí** e a da **Paraíba** são as que mais se distanciam ao final, já que o Piauí foi o primeiro a ter 100% dos processos distribuídos. Já a **Paraíba** é o último estado a ter 100% das pessoas na última etapa (distribuição), seguido por **São Paulo**. Após 30 meses, todos os estados ainda tinham 30% da população sem data de distribuição. Após dez anos, quatro estados ainda tinham processos sem data de distribuição. Após 13 anos, dois estados ainda tinham processos sem distribuição.

Já as curvas abaixo começam com 100% da população internada e terminam com a desinternação:

Gráfico 71 – Curva entre a data da distribuição para a execução e a desinternação (meses)



Fonte: elaboração própria.

Percebeu-se que o estado da **Paraíba** começa a ter as primeiras desinternações antes dos demais, sendo o penúltimo a ter todas as pessoas desinternadas. Já o estado do **Mato Grosso do Sul** foi o que demorou mais tempo a ter as primeiras desinternações. Por outro lado, o estado do **Piauí** tem a queda mais acentuada e é o primeiro estado a ter 100% das desinternações. **São Paulo** é o último estado a ter 100% das pessoas desinternadas. O Piauí é o estado também que possui quedas mais acentuadas, enquanto o Pará, São Paulo e a Bahia terão quedas mais gradativas, com decisões processuais que atingem poucas pessoas em cada período.

É interessante perceber também que após um ano, todos os estados ainda tinham quase 30% da população sem data de desinternação. Após três anos, cinco estados ainda tinham pessoas sem data de desinternação. A desinternação total de todas as pessoas nos sete estados ocorre somente após 66 meses da distribuição dos processos para a execução.

Como pode ser observado, essas curvas permitem compreender o fluxo dos processos de outra perspectiva e evidenciam as dinâmicas processuais de forma comparativa entre os estados analisados.

Segundo Adorno e Pasinato (2007), o tempo é medida da justiça, não sendo possível ser muito longo, que impeça a correção de falhas técnicas na condução, ou muito curto, que suprima direitos consagrados na Constituição e nas leis processuais penais. Todavia, a morosidade segue como marca dos processos. Mensurar os tempos de investigação e de tramitação processual é fundamental para entender questões como o baixo grau de esclarecimento dos crimes ou a deficiência probatória na fase de instrução e pode também contribuir para o agravamento de violações como as detenções provisórias.

2.3.1.1. Impacto de covid-19 no fluxo

A pesquisa também buscou analisar se a pandemia de covid-19 impactou de alguma forma os processos da amostra. Além de observar se houve registro de acometimento pela covid-19, também tentou-se identificar os casos em que houve manifestação processual solicitando a liberação em decorrência do vírus e os casos em que a liberação ocorreu por conta da doença ou da pandemia.

Durante a pandemia, o Judiciário publicou resoluções orientando sobre medidas a serem adotadas. A Recomendação n. 91, de 15 de março de 2021, do CNJ (2021), por exemplo, apontou medidas a serem tomadas no sistema penal para a contenção de covid-19, inclusive orientando sobre a substituição da privação da liberdade em muitos casos.

Não houve nenhum registro de acometimento pela covid-19 em nenhum dos processos dos estados investigados. Todavia, foi possível observar algumas manifestações solicitando liberação de internos(as) devido a covid-19, sendo um caso na **Bahia** e dois no **Mato Grosso do Sul**, um no **Piauí**, dois no **Rio Grande do Sul** e nove em **São Paulo**. Em todos os casos, os pedidos foram feitos pela defesa.

Tabela 60 – Houve manifestação processual pedindo liberação em decorrência de covid-19?

UF	Não		Sim, da defesa		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
BA	39	97,5%	1	2,5%	40	100%
MS	11	84,62%	2	15,38%	13	100%
PA	36	100%	--	--	36	100%
PB	28	100%	--	--	28	100%
PI	5	83,33%	1	16,67%	6	100%
RS	14	87,5%	2	12,5%	16	100%
SP	146	94,19%	9	5,81%	155	100%

Fonte: elaboração própria.

Também foram registrados casos de liberação em decorrência da covid-19, sendo um no **Mato Grosso do Sul** e dois no **Rio Grande do Sul**.

Tabela 61 – Houve liberação em decorrência da covid-19?

UF	Sim		Não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
BA	--	--	40	100%	40	100%
MS	1	7,69%	12	92,31%	13	100%
PA	--	--	36	100%	36	100%
PB	--	--	28	100%	28	100%
PI	--	--	6	100%	6	100%
RS	2	12,5%	14	87,5%	16	100%
SP	--	--	155	100%	155	100%

Fonte: elaboração própria.

Embora haja diversos trabalhos que, ao refletirem acerca do sistema penitenciário, desvelaram as múltiplas faces das torturas, das políticas de morte e dos sofrimentos

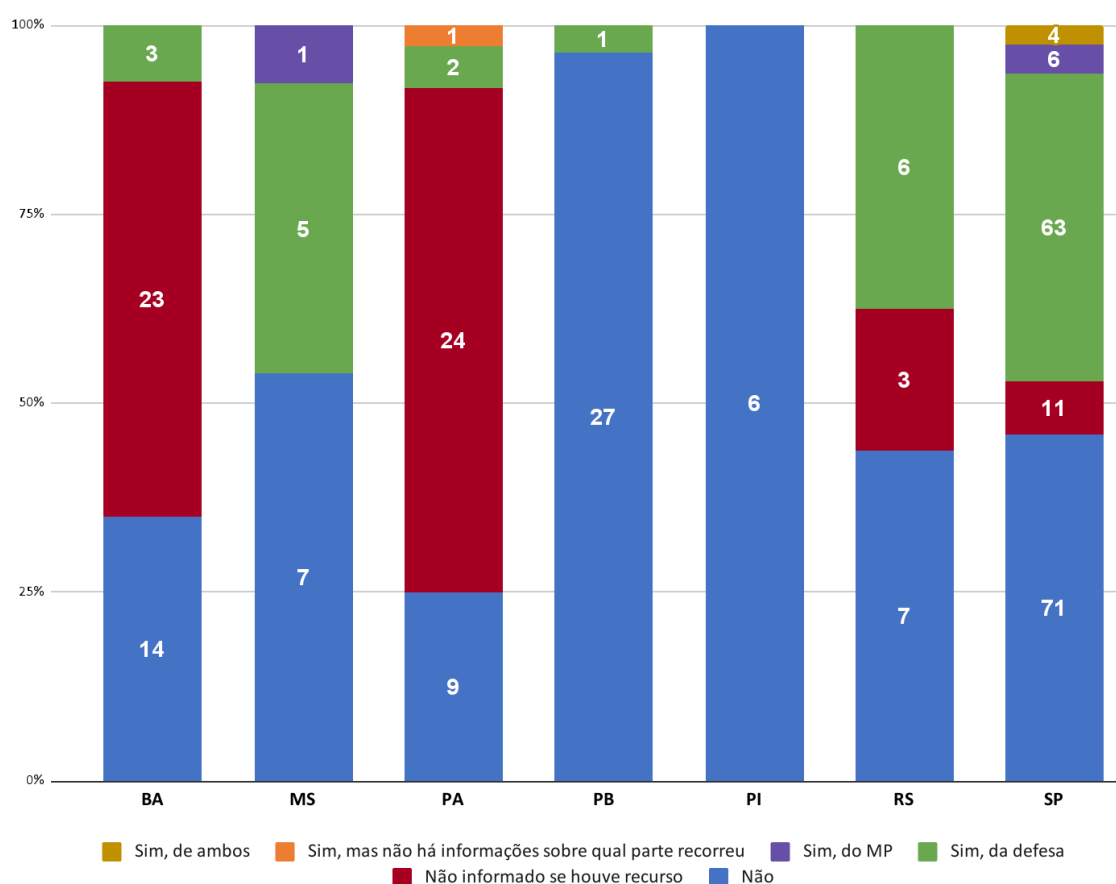
impostos aos(as) presos(as) e seus familiares em tempos de covid-19 (Godoi; Mallart; Motta, 2023), é digno de nota que a maior pandemia da história recente da humanidade não tenha produzido impacto significativo nos processos de medida de segurança de internação, constatação que diz mais sobre a omissão e a indiferença do Poder Judiciário do que sobre o modo como o vírus impactou os HCTPs.

2.3.1.2. Fase recursal, trânsito em julgado, indulto e habeas corpus

Investigou-se também, por meio do questionário, sobre a fase recursal e o trânsito em julgado dos processos. O primeiro aspecto investigado foi se houve ou não algum recurso, o que poderia contribuir para a análise acerca do direito da ampla defesa e sobre o impacto da segunda instância no processo decisório relacionado à medida de segurança. A Constituição brasileira de 1988, em seu art. 5.º, inc. LV, garante a todos os cidadãos brasileiros o direito à ampla defesa e ao contraditório em processo judicial.

O gráfico seguinte evidencia essa questão:

Gráfico 72 – Houve recurso?



Fonte: elaboração própria.

De outro lado, a tabela que se segue pode detalhar melhor os dados:

Tabela 62 – Existência de recurso

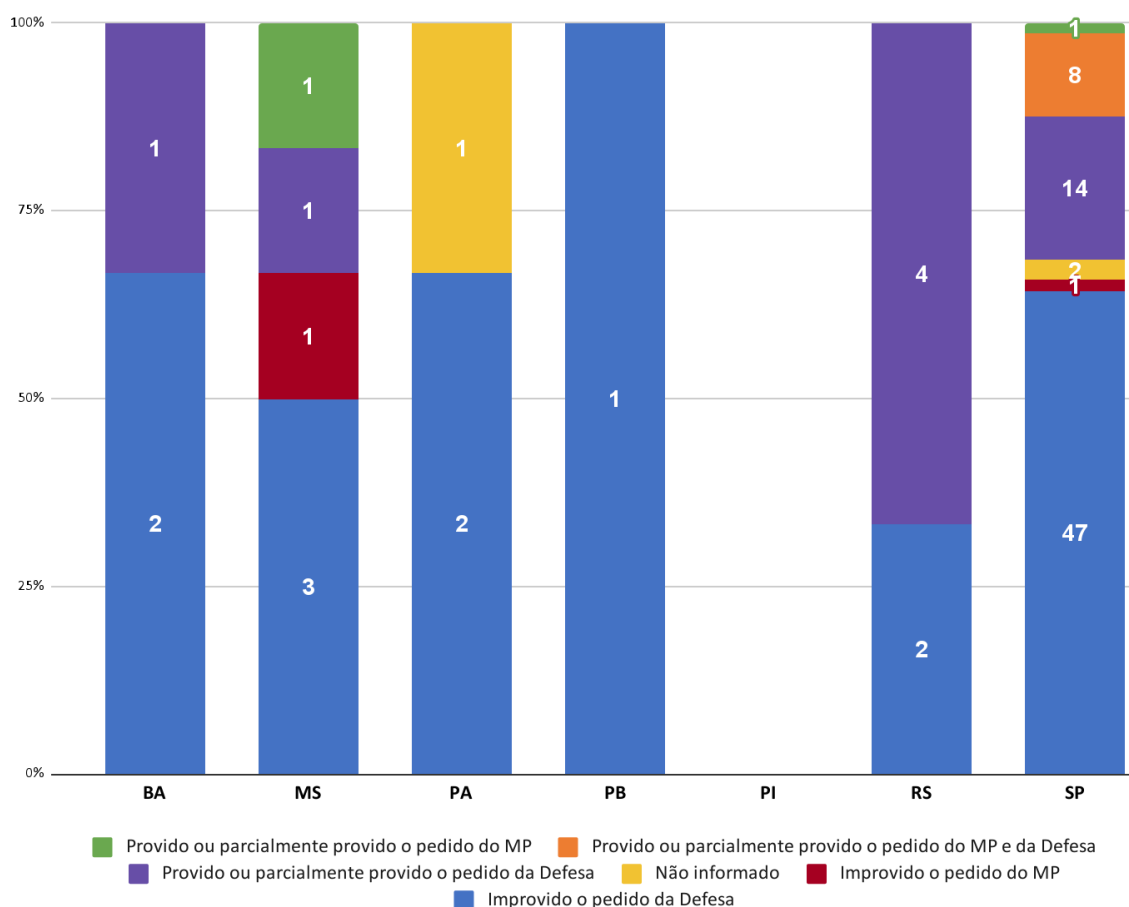
Frequência	BA	MS	PA	PB	PI	RS	SP	Total geral
Não	14	7	9	27	6	7	71	141
Não informado	23	--	24	--	--	3	11	61
Sim, da defesa	3	5	2	1	--	6	63	80
Sim, do MP	--	1	--	--	--	--	6	7
Sim, mas não há informações sobre qual parte recorreu	--	--	1	--	--	--	--	1
Sim, de ambos	--	--	--	--	--	--	4	4
Total geral	40	13	36	28	6	16	155	294

Fonte: elaboração própria.

Na maioria dos casos, não foi informado sobre a propositura de algum recurso. No estado de **São Paulo**, na maior parte dos casos, não houve recurso. Quando há informações, prevalece entre os estados a ausência de recursos, sendo que o estado de **São Paulo** foi o estado em que mais se recorreu e o **Piauí** o único estado sem nenhum recurso. Isso evidencia limites do direito de defesa por parte dessas pessoas. Todavia, deve-se ressaltar que dos recursos identificados, a maioria foi interposto por parte da defesa.

Os dados sobre provimento do recurso também são interessantes. A avaliação sobre o provimento dos recursos é necessária para verificar de que forma as teses defensivas são assimiladas na segunda instância. Pode-se observar que não prevalece a revisão das decisões. A maior parte dos recursos não obteve provimento. Além disso, a relação entre provimento e improvimento muda a depender do estado. No **Rio Grande do Sul**, por exemplo, a maioria dos recursos foi provido diferente de **São Paulo**. No **Piauí**, não houve provimento de recurso, motivo pelo qual não consta coluna desse estado no gráfico abaixo.

Gráfico 73 – Qual o resultado do recurso?



Fonte: elaboração própria.

Outro aspecto que mereceu atenção foram possíveis impetrações de *habeas corpus*. Observou-se, contudo, 26 *habeas corpus* impetrados, um no **Rio Grande do Sul**, dois no **Pará**, um na **Bahia**, um no **Mato Grosso do Sul**, um na **Paraíba** e 17 em **São Paulo**. O *habeas corpus* é um remédio constitucional previsto no art. 5.º, LXVIII, da Constituição Federal, destinado a proteger contra violações à liberdade. O fato de ser pouco acionado pode indicar que não são desenvolvidas muitas estratégias jurídicas destinadas a promover a liberdade das pessoas internadas nos HCTPs.

Tabela 63 – *Habeas corpus*

UF	Sim		Não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
BA	1	2,5%	39	97,5%	40	100%
MS	1	7,69%	12	92,31%	13	100%
PA	2	5,56%	34	94,44%	36	100%
PB	1	3,57%	27	96,43%	28	100%
PI	--	--	6	100%	6	100%
RS	1	6,25%	15	93,75%	16	100%
SP	17	10,97%	138	87,03%	155	100%

Fonte: elaboração própria.

Chama a atenção, nesse contexto, os poucos pedidos de indulto. O indulto é um benefício concedido pelo Presidente da República. Significa o perdão da pena, efetivado mediante decreto que tem como consequência a extinção, diminuição ou substituição da pena. É regulado por Decreto do Presidente da República, com base no artigo 84, inc. XII, da Constituição Federal. No Brasil, em regra, o indulto foi historicamente concedido a pessoas condenadas à pena privativa de liberdade. No entanto, é possível que o indulto seja concedido a pessoas submetidas à medida de segurança. Sobre o tema, o STF definiu a seguinte tese:

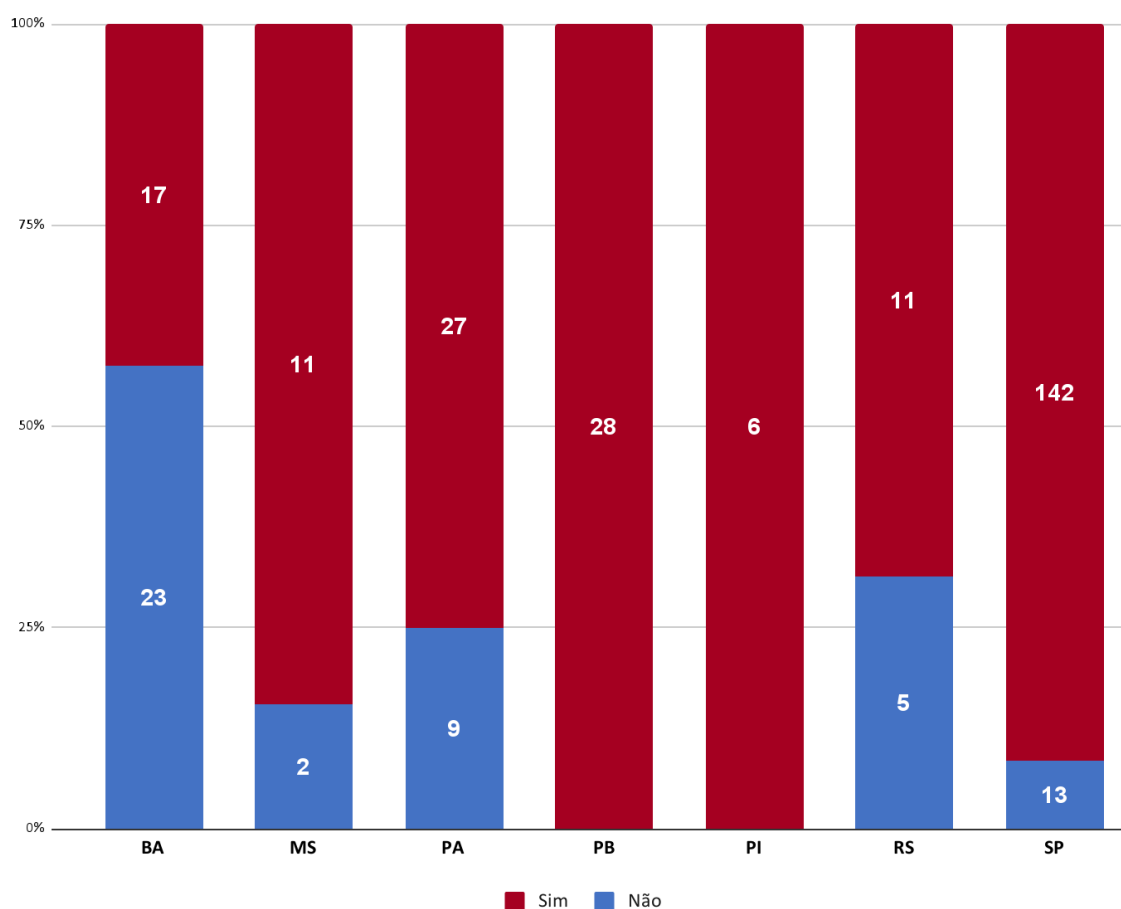
Reveste-se de legitimidade jurídica a concessão, pelo Presidente da República, do benefício constitucional do indulto (CF, art. 84, XII), que traduz expressão do poder de graça do estado, mesmo se se tratar de indulgência destinada a favorecer pessoa que, em razão de sua inimizabilidade ou semi-inimizabilidade, sofre medida de segurança, ainda que de caráter pessoal e detentivo. STF. Plenário. RE 628658/RS, Rel. Min. Marco Aurélio, julgado em 4 e 5/11/2015 (Info 806).

Na pesquisa, contudo, os dados não evidenciaram essa aplicação. Somente em **São Paulo** foram encontrados pedidos de indulto (três ao todo).

A questão dos recursos e do *habeas corpus* pode impactar no decurso de tempo para o trânsito em julgado dos processos. Esse tema dialoga diretamente com a fase recursal, pois em não havendo recurso, o trânsito em julgado pode ocorrer mais rapidamente. De acordo com a Constituição Federal, em seu art. 5.º, inc. LVII, ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado de sentença penal condenatória.

A maior parte dos casos já conta com o trânsito em julgado, com exceção da **Bahia**. Verificar o trânsito em julgado é relevante para compreender se essas pessoas estão internadas de forma definitiva ou se, violando os preceitos constitucionais, aguardam decisão ainda sem o trânsito em julgado da sentença. O gráfico abaixo demonstra esses dados:

Gráfico 74 – Já transitou em julgado?

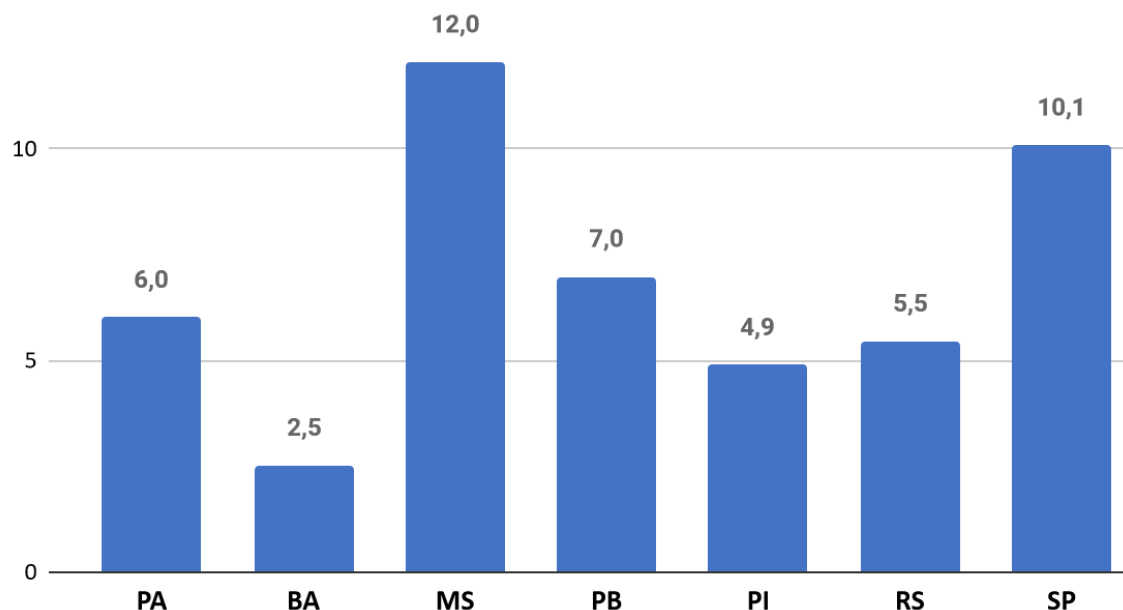


Fonte: elaboração própria.

Percebe-se que, em estados como **Paraíba** e **Piauí**, 100% dos processos transitaram em julgado. Todavia, em estados como a **Bahia**, 57,5% dos casos ainda não transitaram em julgado. É preocupante essa realidade, levando-se em conta que a Constituição Federal garante a presunção de inocência antes do trânsito em julgado da sentença penal (art. 5.º, inc. LVII, CF).

Buscou-se observar também o tempo médio entre a sentença e o trânsito em julgado:

Gráfico 75 – Tempo médio para o trânsito em julgado (meses)



Fonte: elaboração própria.

O estado do **Mato Grosso do Sul** é o estado em que há maior demora para o trânsito em julgado (12 meses), sendo o estado da **Bahia** aquele que tem menor tempo (2,5 meses). Correlacionando-se os dados, contudo, o estado da Bahia é aquele que possui menos casos com trânsito em julgado e que registra apenas três recursos. No caso do Mato Grosso do Sul foram registrados seis recursos.

2.3.2 Fluxos e trânsitos das pessoas entre as instituições

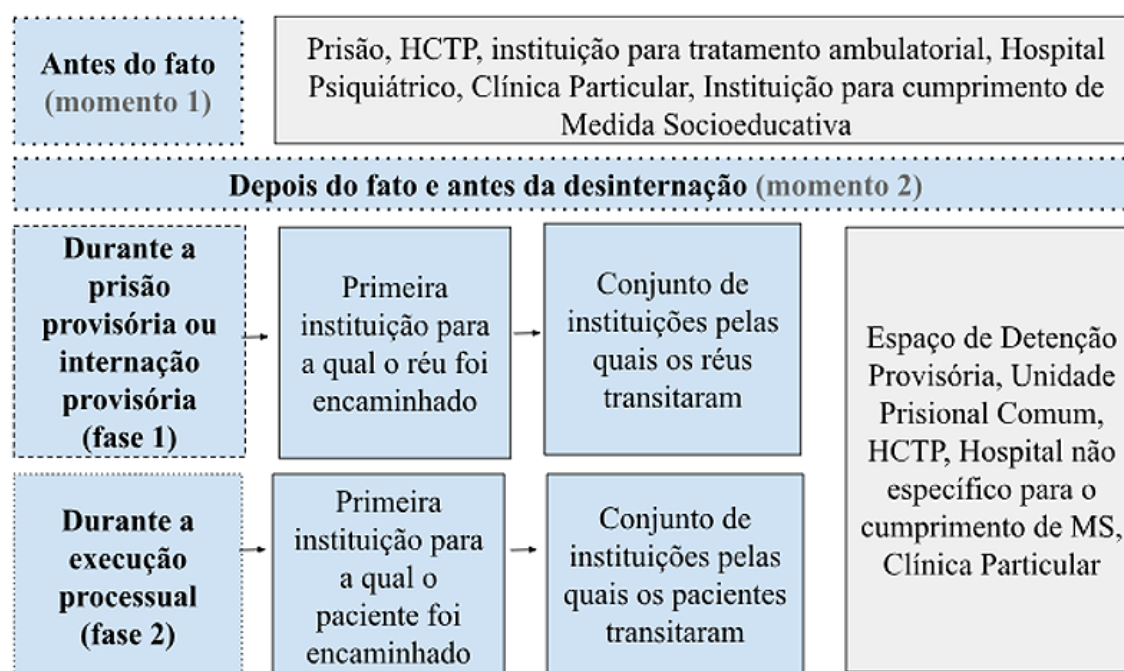
Uma parte relevante da análise de fluxo é também compreender os trânsitos das pessoas entre as instituições, inclusive para perceber como isso impacta o andamento processual. Esta pesquisa sustenta que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei não estão apenas nos HCTPs. A compreensão dos trânsitos das pessoas envolve o “antes” do processo (e do fato que o ensejou), a fase processual e após a sentença, o que contribui para reposicionar os HCTPs como os únicos espaços a serem compreendidos quando se trata de refletir sobre as medidas de segurança no país. Antes, é útil compreender os HCTPs a partir das instâncias e instituições que os circundam: não só punitivas (em suas diversas modalidades), mas também de assistência, saúde e cuidado, que ampliam as mãos do controle penal do Estado.

Esse olhar contribui para ampliar a discussão pública sobre o tema, uma vez que o fechamento dos manicômios judiciais não é, certamente, a única medida a ser adotada. Analisar os HCTPs como articulados a uma malha de instituições permite entender por que o fechamento dessa instituição, embora importante, não é suficiente, por si só, para resolver os problemas das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil. Os modos de existir dessas pessoas constituem-se, afinal, a partir de suas experiências nos trânsitos institucionais, dentro e fora dos HCTPs.

Nesse sentido, os dados dos processos judiciais contam sobre o modo de gestão dessas pessoas – os lugares onde são aprisionadas, por meio de trânsitos em diferentes instituições penais, e os espaços para onde são encaminhadas a fim de, supostamente, reformá-las, melhorá-las e curá-las. É nessa circulação que os sujeitos são produzidos e onde aparecem os problemas públicos e políticos que atravessam essas vidas.

Neste tópico, portanto, os trânsitos institucionais falam sobre pessoas que entram e saem dessas instituições, que vão e vêm por meio dos processos. Trânsitos institucionais, particularmente, em dois momentos: a) primeiro, antes do processo e da data do fato que o ensejou; e b) segundo, depois do fato e antes da desinternação, com atenção a duas fases: antes da sentença e após a sentença. Na fase anterior à prolação da sentença, identificaram-se: (i) as instituições para as quais os réus foram encaminhados inicialmente, logo após a aplicação da medida cautelar de prisão provisória ou internação provisória; e (ii) as instituições pelas quais as pessoas transitaram ao longo da fase anterior à sentença. Na fase de execução do processo, analisaram-se: (iii) as instituições para as quais as pessoas foram encaminhadas inicialmente e (iv) as instituições pelas quais as pessoas transitaram ao longo da execução da medida de segurança. O quadro abaixo sintetiza os momentos de trânsito das pessoas. O último tópico é dedicado à discussão sobre os trânsitos das pessoas e o uso de drogas.

Quadro 1 – Momentos de trânsitos institucionais analisados



Fonte: elaboração própria.

2.3.2.1 Trânsito das pessoas pelas instituições antes do processo

No que se refere à trajetória dos(as) pacientes, antes do início do processo criminal, nota-se o mesmo padrão em todas as UF's, em que há percentuais de pessoas que

passaram por **prisão anterior**.⁴⁰ Considerando o número total de processos analisados (294), o registro de prisão anterior foi identificado em 29,25% dos casos, enquanto não há esse tipo de registro em 70,75% dos processos. Isso significa que uma parcela de pessoas com transtorno mental tem sido encaminhada às instituições penais, seja como forma de “tratamento”, seja mesmo como forma de punição e gestão urbana. **São Paulo, Piauí e Bahia**, nessa ordem, são as UFs que lideram casos de pessoas que foram aprisionadas antes do processo em análise, conforme abaixo.

Na **Bahia**, 32,5% das pessoas já haviam sido presas, enquanto 67,5% não passaram por tal situação.

O **Mato Grosso do Sul** apresenta percentual de 76,92% de pessoas que nunca haviam sido encarceradas, contra 23,08%.

No **Pará**, houve registro de prisão anterior em 25% dos casos, enquanto para 75% das pessoas não houve tal indicação.

Na **Paraíba**, 89,29% dos(as) pacientes não apresentaram registro de prisão anterior e o percentual dos(as) que foram presos(as) é de 10,71%, sendo o estado que apresenta menor percentual de prisão anterior entre os(as) pacientes da amostra, considerando todos os estados analisados.

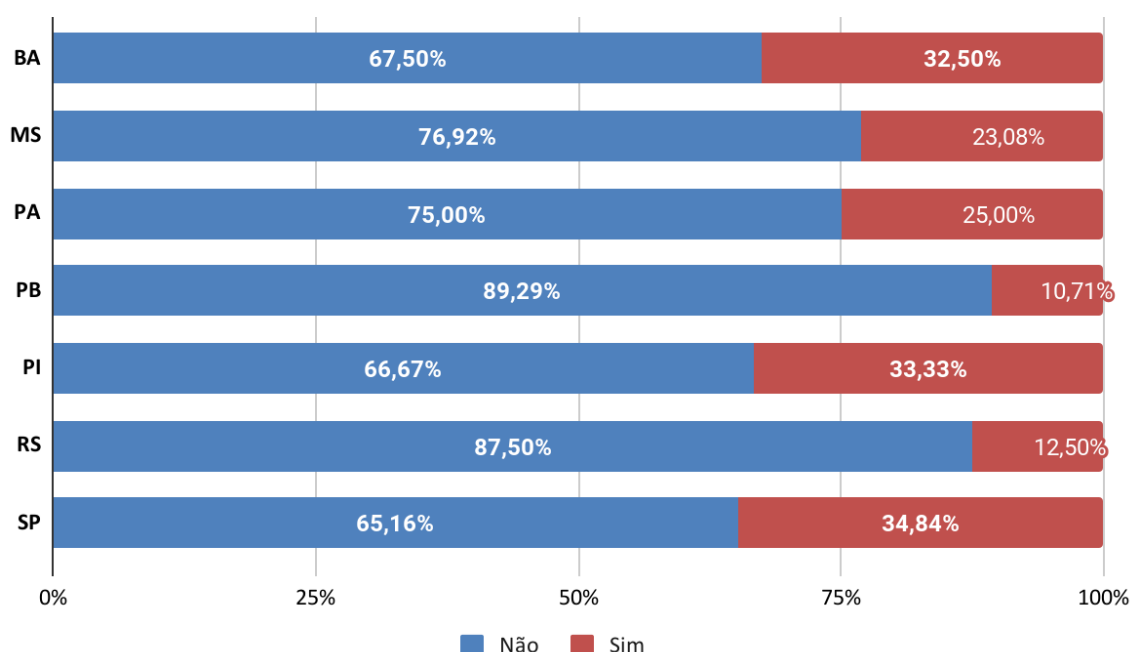
No **Piauí**, as pessoas sem prisão anterior representam 66,67%, e as que tiveram esse tipo de registro representam 33,33%.

No **Rio Grande do Sul**, verificam-se 87,5% de casos de pessoas que nunca foram presos e 12,5% de pessoas para as quais há registro de prisão anterior.

No estado de **São Paulo**, 34,84% das pessoas passaram por prisão anterior, enquanto não há esse tipo de registro em 65,16% processos. No conjunto da amostra, trata-se do estado com maior percentual de pessoas que já haviam sido presas.

40. É importante mencionar que tal informação foi colhida por meio de documentos que, muitas vezes, identificam apenas os processos em que houve condenação. Desse modo, é possível que as pessoas tenham sido detidas pela polícia sem que tais registros tenham sido incluídos nos processos.

Gráfico 76 – Há registro de prisão anterior?



Fonte: elaboração própria.

A pesquisa também buscou compreender se os(as) pacientes são reincidentes em internação em Hospital de Custódia para tratamento de pessoas em conflito com a lei. Os dados mostram que, no Brasil, considerando o recorte da pesquisa, 8,84% das pessoas inimputáveis já passaram por HCTPs. O estado de **São Paulo** é o estado em que há maior número de casos de pacientes com registros anteriores em HCTP, seguido pela Bahia, Pará e Rio Grande do Sul.

Na **Bahia**, identificou-se que 22,5% dos(as) pacientes retornaram para o HCTP e não houve esse tipo de registro para 77,5% de pessoas em medida de segurança.

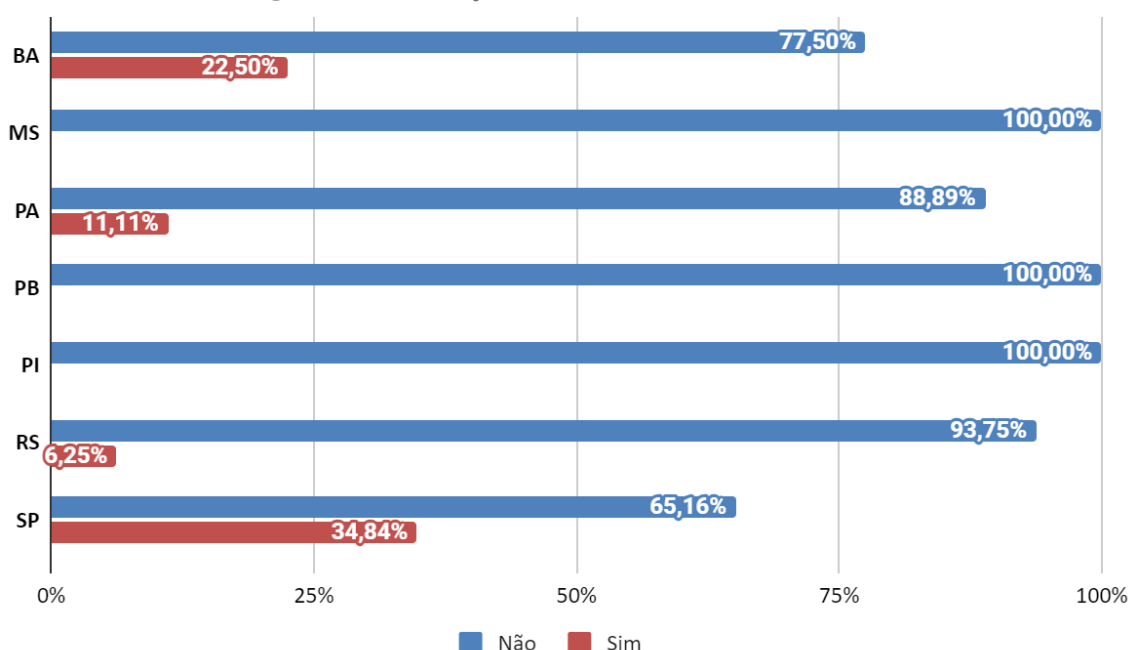
No **Mato Grosso do Sul**, na **Paraíba** e no **Piauí**, nenhum(a) paciente teve internação anterior.

No **Pará**, o percentual das que já foram internadas é de 11,11%, e de 88,89% em que as pessoas não passaram por internação anterior em HCTP.

No **Rio Grande do Sul**, 93,75% das pessoas não foram internadas antes do processo, mas consta o registro de 6,25% em que houve retorno ao HCTP.

Em **São Paulo**, 34,84% das pessoas passaram por esse tipo de instituição, enquanto não se verificou tal passagem em 65,16% dos casos.

Gráfico 77 – Há registro de internação anterior em HCTP?



Fonte: elaboração própria.

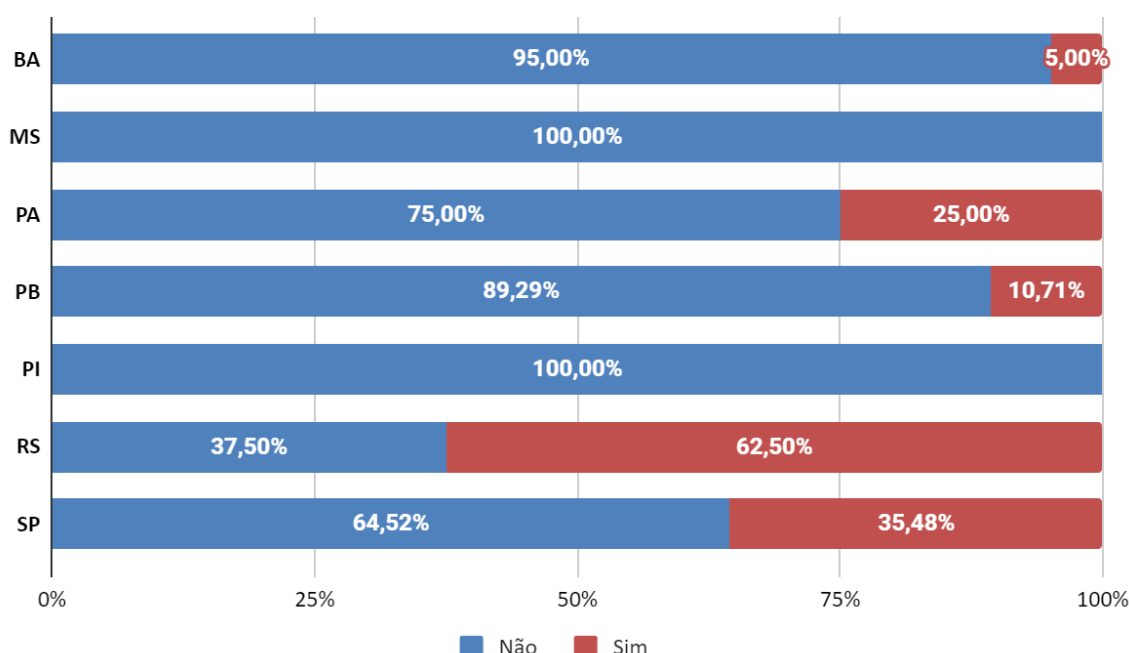
A coleta de dados sobre o registro de realização anterior de tratamento ambulatorial, indica que, considerando os dados para o país, 26,87% das pessoas já haviam passado por tratamento ambulatorial, ou seja, foram atendidas pelo CAPS ou outro equipamento de saúde devido ao acometimento do transtorno mental. Os maiores percentuais estão no Rio Grande do Sul, em São Paulo e no Pará, com recorrência menor na Paraíba e na Bahia e, mesmo, nenhuma recorrência de tratamento ambulatorial anterior entre as pessoas do Mato Grosso do Sul e do Piauí.

O gráfico abaixo indica que o **Rio Grande do Sul** possui 62,5% de pessoas que já passaram por esse tipo de tratamento, contra 37,5% que nunca passaram por tratamento ambulatorial. Em **São Paulo**, 35,48% das pessoas que passaram por HCTP já haviam passado por esse tipo de tratamento, enquanto 64,52% não passaram. Já no **Pará**, 75% das pessoas nunca passaram por tal tratamento, enquanto em 25% dos casos as pessoas já haviam passado por tratamento ambulatorial.

Na **Bahia**, 95% das pessoas não passaram pelo tratamento, enquanto apenas 5% das pessoas foram acompanhadas nesse tipo de atenção à saúde. Enquanto na **Paraíba** identificaram-se 89,29% de casos sem tratamento anterior e apenas 10,71% em que ocorreu tratamento ambulatorial.

O total dos processos do **Mato Grosso do Sul** não indica a passagem das pessoas por tratamento ambulatorial anterior ao processo. No **Piauí**, todos os casos são de pessoas que não têm registro de tratamento ambulatorial anterior.

Gráfico 78 – Houve registro de realização anterior de tratamento ambulatorial?



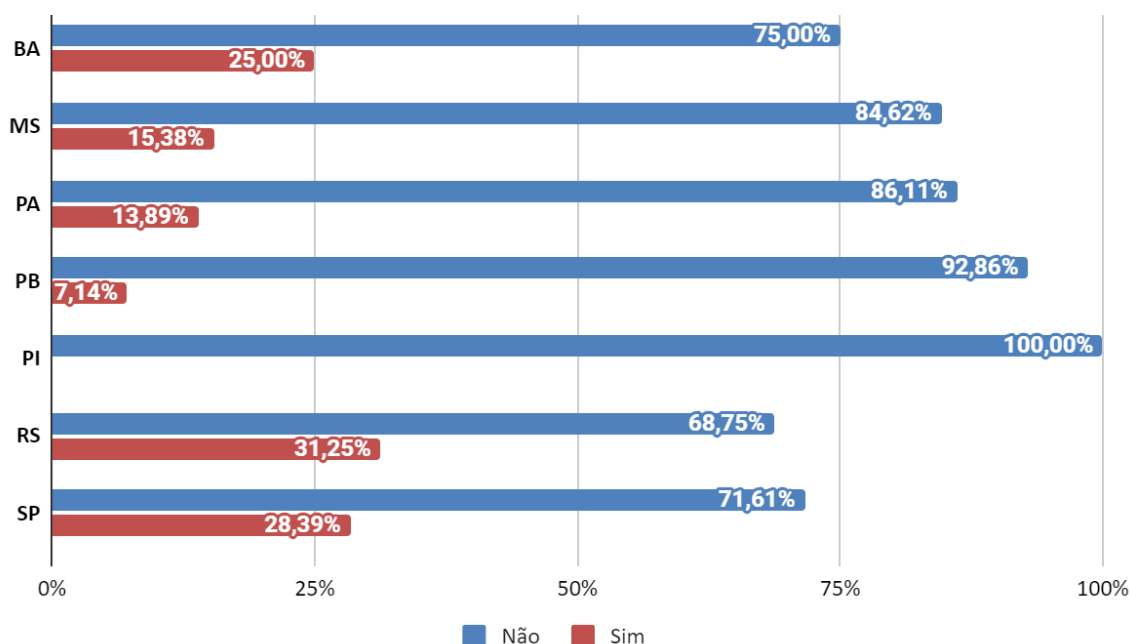
Fonte: elaboração própria.

Sobre o registro de internação anterior em hospital psiquiátrico, os achados são maiores em comparação às passagens em tratamento ambulatorial nos estados da Bahia e Mato Grosso do Sul. Já na Paraíba, Pará, Rio Grande do Sul e São Paulo as passagens anteriores por tratamento ambulatorial são maiores. Não há uma lógica regional em tal distribuição.

O gráfico a seguir mostra que, na **Bahia**, 75% das pessoas nunca estiveram em hospital psiquiátrico, contra 25% que passaram por esse tipo de instituição, sendo que, em tratamento ambulatorial, foram apenas 5%, como observado acima. No **Mato Grosso do Sul**, 84,62% das pessoas não tiveram atendimento anterior nesse tipo de hospital, enquanto 15,38% frequentaram (em tratamento ambulatorial não houve nenhum caso).

No **Pará**, observa-se que 86,11% das pessoas não passaram anteriormente por internação em hospital psiquiátrico, enquanto 13,89% tiveram esse tipo de tratamento (o percentual de pessoas tratadas anteriormente por meio de tratamento ambulatorial foi 25%). Na **Paraíba**, a maioria não passou por hospital psiquiátrico (92,86%), enquanto 7,14% das pessoas tiveram passagem em hospital, um número menor do que as que passaram por tratamento ambulatorial. No **Rio Grande do Sul**, 31,25% passaram por hospital psiquiátrico e os que passaram por tratamento ambulatorial representam o dobro (62,5%). Em **São Paulo**, a porcentagem de pacientes com passagem por hospital psiquiátrico é 28,39% (em tratamento ambulatorial anterior foram 35,48%). No **Piauí**, não houve registro de que os(as) pacientes tenham passado por internação em hospital psiquiátrico, assim como não houve registro de pessoas em tratamento ambulatorial.

Gráfico 79 – Há registro de internação anterior em hospital psiquiátrico?



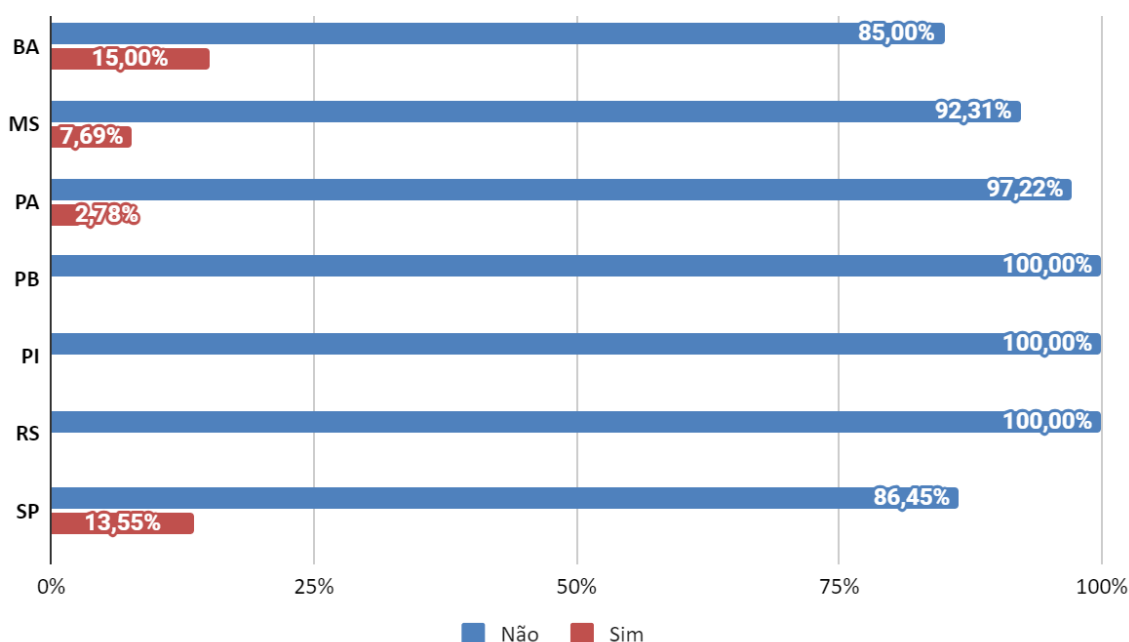
Fonte: elaboração própria.

No que se refere aos registros de internação anterior em clínica particular, vê-se que são menos recorrentes, o que não causa estranhamento tendo em vista o perfil de pessoas pobres, negras e pouco escolarizadas no sistema prisional brasileiro, o que se repete em relação àquelas submetidas à medida de segurança (Diniz, 2013). Os maiores percentuais estão na Bahia, em São Paulo, no Mato Grosso do Sul e no Pará.

Na **Paraíba**, no **Piauí** e no **Rio Grande do Sul**, os percentuais de 100% indicam que a falta de acesso às clínicas particulares atinge todas as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei representadas nas amostras desses estados.

No caso da **Bahia**, 85% dos(as) pacientes não frequentaram esse tipo de clínica, enquanto os que frequentaram perfazem 15%. Em **São Paulo**, 86,45% das pessoas não frequentaram clínica particular, enquanto 13,55%, sim. No **Mato Grosso do Sul**, o percentual de 92,31% representa o total de pessoas que não passaram por clínica particular e 7,69% representam somente uma pessoa que passou por tratamento nesse tipo de instituição. No **Pará**, que apresenta o maior percentual de pessoas que não tiveram experiência anterior com clínica particular, 97,22%, apenas uma pessoa também teve acesso a essa modalidade de tratamento, o que representa 2,78% do total da amostra para esse estado. Trata-se de um tipo de atendimento que não está ao alcance dessas pessoas.

Gráfico 80 – Há registro de internação anterior em clínica particular?



Fonte: elaboração própria.

Vale destacar, ainda, que os registros anteriores em medida socioeducativa foram baixos. Há ausência de ocorrências na maior parte das UF's analisadas: Pará, Bahia, Paraíba e Piauí. Tendo sido identificados no **Mato Grosso do Sul** em 15,38% dos processos; em 6,25% no caso do **Rio Grande do Sul**, e em **São Paulo** em 3,87% do total analisado na UF. Os percentuais de casos em que não há tal registro é de 84,62% no Mato Grosso do Sul; 93,75% no Rio Grande do Sul e 96,13% em São Paulo. Esses dados indicam que as informações da vida do réu, quando adolescente, são pouco mobilizadas por magistrados(as) e promotores(as) desses estados, com exceções importantes. Houve um caso em que a pessoa saiu desse tipo de medida diretamente para uma medida de segurança, o que será tratado em detalhes na terceira parte deste relatório.

Ao final, por meio dos processos analisados em sete unidades da Federação dentro do recorte adotado, pode-se observar o seguinte panorama no que se refere aos trânsitos institucionais das pessoas antes do processo: a) há uma parcela de quase 30% de pessoas internadas por medida de segurança que já circularam em prisões, sendo que os estados de São Paulo, Piauí e Bahia apresentam taxas acima da média nacional; b) os estados de São Paulo, Bahia, Piauí e Rio Grande Sul apresentam percentuais acima da média nacional de (8,84%) casos de pessoas que entram, saem e voltam aos HCTPs; c) se 26,87% dos(as) pacientes já haviam passado por tratamento ambulatorial antes do processo em análise, em CAPS ou outro equipamento de saúde, as porcentagens no Rio Grande do Sul e em São Paulo indicam taxas maiores que a média para o país, 62,5% e 35,48%, respectivamente, indicando fluxos maiores entre instituições penais, de saúde e cuidado; e d) as passagens anteriores em hospital psiquiátrico são, em geral, menores em comparação às passagens por tratamento ambulatorial, sendo maiores na Bahia e no Mato Grosso do Sul, enquanto as clínicas particulares foram ainda menos acessadas antes do processo, indicando uma população com pouco acesso a esse tipo de equipamento de saúde.

2.3.2.2 Trânsito entre as instituições depois do fato e antes da desinternação

Considerando as instituições para as quais os réus são encaminhados inicialmente, após a aplicação da medida cautelar de prisão provisória ou internação provisória, prevalece, no Brasil, a lógica prisional, com a maior parte das pessoas encaminhadas inicialmente para espaço de detenção provisória (39,46%) e unidade prisional comum (23,13%), conforme tabela abaixo.

Tabela 64 – Se houve determinação de prisão ou internação provisória, para qual tipo de instituição prisional ou de privação de liberdade foi encaminhado inicialmente? (BA, MS, PA, PB, PI, RS e SP)

Tipo de instituição prisional ou de privação de liberdade para a qual foi encaminhado inicialmente	Frequência	%
Espaço de Detenção Provisória	116	39,46%
Hospital de custódia	32	10,88%
Não informado	49	16,67%
Não se aplica (não houve determinação de prisão ou internação provisória)	28	9,52%
Outro tipo de estabelecimento (Hospital Psiquiátrico não específico para MS)	1	0,34%
Unidade prisional comum	68	23,13%
Total geral	294	100%

Fonte: elaboração própria.

Quanto à distribuição por UFs, o estado de São Paulo e o do Piauí são os que apresentam maiores taxas de encaminhamento aos espaços de detenção provisória.

Em **São Paulo**, esse foi o destino de 58,06% das pessoas, encaminhadas sobretudo para os diversos CDPs existentes na capital e no interior, mas também para cadeias públicas ou delegacias; enquanto 11,61% foram enviadas para unidades prisionais comuns e 1,29% para HCTPs. Os casos de não informados representam 14,84% e não houve determinação de prisão ou internação provisória em 14,19% processos. Observa-se, portanto, que a prisão provisória em espaço de detenção provisória e unidade prisional comum é a regra no estado de São Paulo, perfazendo 69,68% dos casos.

Já no **Piauí**, a prisão provisória de pessoas em espaço de detenção provisória ocorre na Central de Flagrantes, o que representa 83,33% processos. Tal espaço, *a priori*, não se caracteriza como unidade de detenção provisória, contudo, diante do argumento de falta de vagas em unidades prisionais, tem sido usado como tal, como se lê, por exemplo, no auto de prisão em flagrante que consta em um dos processos:

Por não ter sido cedido vaga em Sistema Prisional, o(s) autuado(s), ainda, se encontra(m) recolhido(s) a uma cela da CENTRAL DE FLAGRANTES, aguardando abertura de vaga para ser(em) removido(s).

Isto posto, solicitamos a V. Exa. que, em sendo homologado o Auto de Prisão em Flagrante Delito, determine, mediante expedição de ofício, **a transferência do(s) autuado(s) para uma das Unidades Prisionais do Estado**, em razão desta Central de Flagrantes não dispor de instalações adequadas para custódia de presos, bem como por não fazer parte de nossas atribuições funcionais a referida custódia (arts, 2.º, parágrafo 10, 11, 40 e 41 da Lei 7.210/84). (Processo n. 229. negrito e sublinhado do documento original)

O Piauí apresenta, ainda, outra especificidade. Há um caso de pessoa encaminhada para um Hospital Psiquiátrico não específico para medida de segurança, cujas especificidades serão detalhadas abaixo.

Na **Bahia**, 55% dos réus seguem inicialmente para unidade prisional comum e 15% para espaço de detenção provisória, somando 70% dos casos. Enquanto o HCTP é o destino inicial para 7,5% das pessoas.

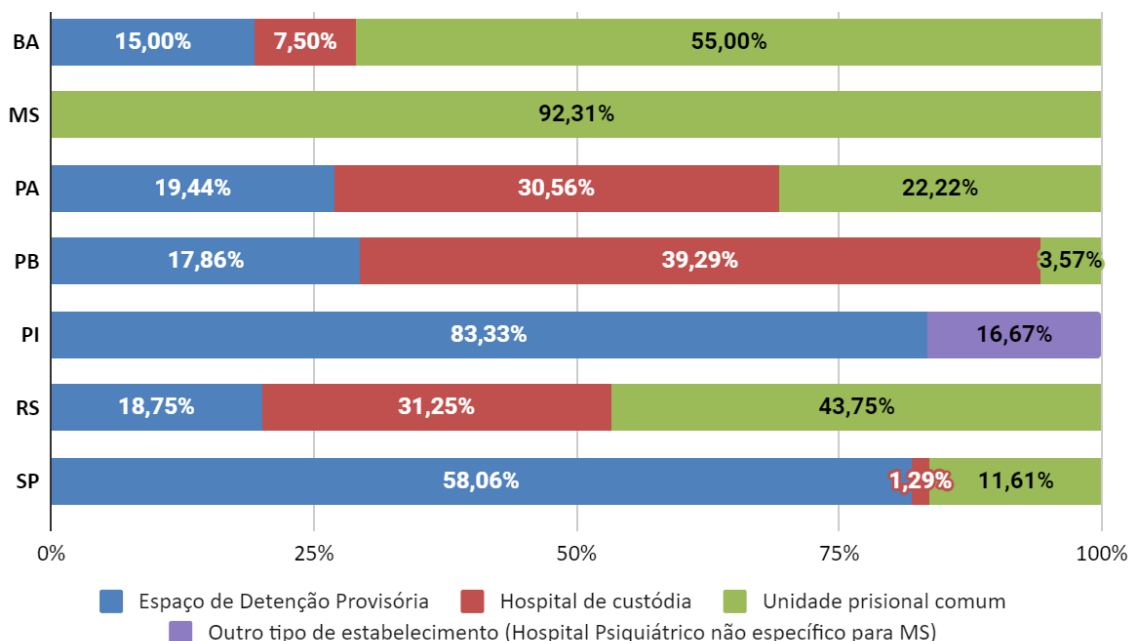
No **Mato Grosso do Sul**, a unidade prisional comum também é mais acionada durante a prisão/internação provisória, totalizando 92,31% dos processos analisados para essa UF, com o percentual de 7,69% de não informado.

No **Pará**, o hospital de custódia, a unidade prisional comum e o espaço de detenção provisória são acionadas por magistrados(as) com percentual de 30,56%, 22,22% e 19,44%, respectivamente, com percentual de não informados elevado, 27,78%. Mas, somados, os estabelecimentos prisionais não específicos para pessoas com transtorno mental representam 41,67% da amostra dos processos, sendo instituições ainda mais mobilizadas em relação ao HCTP.

A **Paraíba** foge desse padrão, uma vez que o hospital de custódia é a primeira instituição para onde os réus seguem inicialmente, representando 39,29% do total dos casos, seguido por 17,86% de casos em que o espaço de detenção provisória é a primeira instituição para o cumprimento da medida cautelar e 3,57% em que a unidade prisional comum é o primeiro destino do réu. Desse modo, 21,43% dos réus são encaminhados inicialmente para espaço de detenção provisória e unidade prisional comum, uma porcentagem menor dos que são enviados para o HCTP. Importa sublinhar que os casos de não informados para a Paraíba representam 25%.

Os dados do **Rio Grande do Sul** indicam que a unidade prisional comum apresenta taxa de 43,75% e o espaço de detenção provisória representa 18,75% dos casos, somando 62,5%. 31,25% de réus foram encaminhados inicialmente para o HCTP.

Gráfico 81 – Distribuição de instituição prisional para onde o réu foi encaminhado inicialmente, considerando Detenção Provisória. Unidade Prisional Comum e Hospital de Custódia

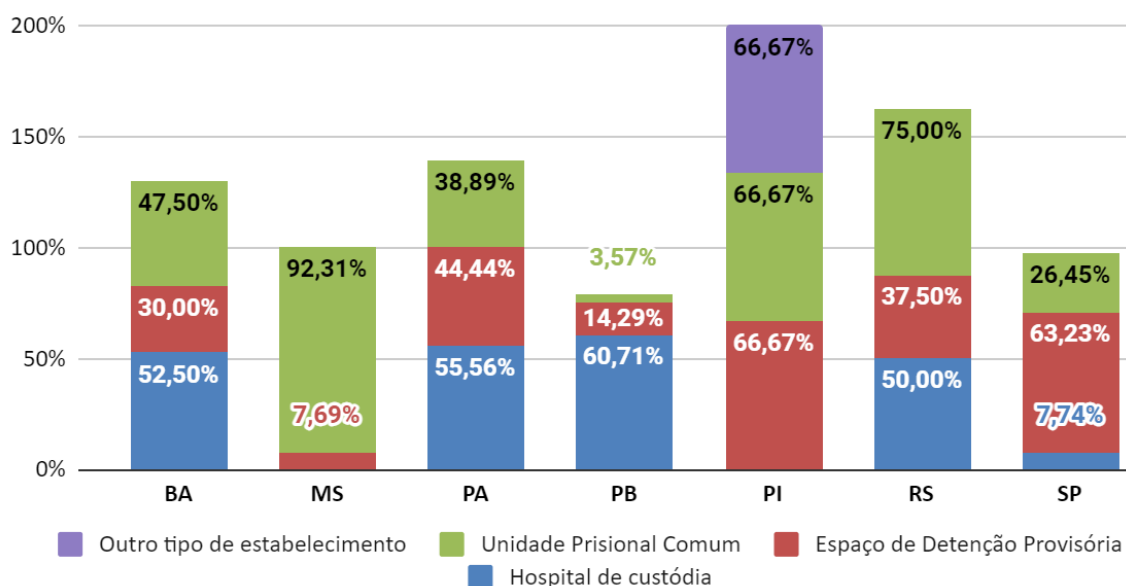


Fonte: elaboração própria.

O gráfico acima ilustra o predomínio das instituições prisionais do tipo unidade prisional comum e espaço de detenção provisória como os primeiros destinos das pessoas com transtorno mental nos estados investigados, com exceção da Paraíba. Por isso, como já assinalado, é fundamental ampliar o olhar para além dos HCTPs ao pensar como o sistema penal atua sobre as pessoas consideradas inimputáveis.

A pesquisa também buscou compreender quais são as instituições pelas quais as pessoas transitam ao longo da fase anterior à sentença, conforme gráfico abaixo. Foram excluídas as categorias “clínica particular” e “hospital prisional não específico para medida de segurança”, que estavam no formulário de coleta de dados, pois tais espaços não são acionados por juízes e juízas na fase pré-processual nos estados estudados, de modo que não se constatou a circulação de réus por tais instituições. O gráfico abaixo ajuda a visualizar a circulação das pessoas antes da sentença final. Quanto mais “recortada” for a coluna, maior tende a ser a circulação entre as instituições.

Gráfico 82 – Na fase anterior à sentença, por quais instituições prisionais ou de privação de liberdade transitou?



Fonte: elaboração própria.

A amostra da **Bahia** indica que a maior parte dos réus circularam por hospital de custódia, sendo que esse tipo de trânsito figura na trajetória de 52,5% dos réus da amostra; 47,5% passaram por unidade prisional comum e 30% passaram por espaço de detenção provisória.

No caso do **Mato Grosso do Sul**, a amostra indica que 92,31% dos réus vão para a unidade prisional comum. Não há grande circulação de réus entre diferentes instituições. Contudo, na medida em que não há HCPT nessa UF, os(as) pacientes, após o reconhecimento da inimizabilidade, passam a circular por unidades prisionais de segurança máxima com alas para pessoas com transtorno mental, cujas condições de tratamento são precárias, como afirma uma advogada de defesa:

Alguns portadores de transtorno mental que praticam atos delituosos e sofrem a imposição de medida de segurança na modalidade de internação ficam recolhidos no Estabelecimento Penal de Segurança Máxima, fazem acompanhamento de dois em dois meses com uma médica psiquiatra, e quem administra as medicações para os pacientes seria um “preso cela”, preso que trabalha no estabelecimento prisional, conforme informações da Assistente Social, (nome da funcionária). (Processo n. 0075).

No **Pará**, 55,56% dos réus passaram por hospital de custódia, 44,44% circularam por espaço de detenção provisória e 38,8% transitaram por unidade prisional comum.

Os dados da **Paraíba** mostram que 60,71% das pessoas passaram por hospital de custódia, enquanto 14,29% circularam por espaço de detenção provisória e uma pessoa por unidade prisional comum.

O **Piauí** apresenta dados diferentes dos demais estados: 66,67% das pessoas passaram por unidade prisional comum, 66,67% por espaço de detenção provisória e 66,67% circularam também por hospital psiquiátrico não específico para cumprimento de medida de segurança. Como já assinalado, o Piauí não possui HCPT e há casos em que a prisão

provisória é convertida em internação provisória com base nos argumentos da gravidade do fato e periculosidade social do réu. É o caso do processo abaixo em que o(a) magistrado(a) determina que o réu permaneça no mesmo estabelecimento (unidade prisional comum), alterando apenas o status legal da medida cautelar, com base no artigo 319, VII do CPP, segundo o qual é medida cautelar diversa 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 e houver risco de reiteração”:

Constatado por meio do exame pericial a necessidade de acompanhamento psiquiátrico do acusado e diante da gravidade do delito cuja conduta lhe é atribuída, aliada à sua periculosidade social, revogo a sua prisão preventiva, mas mantenho a sua internação provisória no estabelecimento onde se encontra recolhido, que faço com base no art. 319, VII do Código do Processo Penal”. (Processo n. 226)

No mesmo processo, mas isso se repete em outros, a autoridade decide, em sentença, pela transferência do réu para o Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, vinculado à Secretaria do Estado da Saúde do Piauí, designado no processo como “manicômio judiciário” para fazer caber no artigo 150 do CPP:⁴¹

Disciplina o art. 150 do CPP, que estando o acusado preso e para fins de realização de exame seja ele internado em manicômio judiciário, **entenda-se como manicômio judiciário hoje**, o estabelecimento de saúde adequado nesta Comarca de Teresina o Hospital Areolino de Abreu. Assim sendo e por entender que a segregação ainda se mostra necessária para resguardar a ordem pública determino que seja ele internado no Hospital Areolino de Abreu onde deverá permanecer até a realização do exame médico pericial. Determino que seja oficiado tanto ao Hospital Areolino de Abreu e a DUAP, o recambiamento do acusado para que o remova para aquela casa de saúde. (Processo n. 226) [grifo nosso]

Trata-se de um tipo de circulação não identificada nas demais UFs analisadas. O *site* do hospital psiquiátrico afirma: “Nossa maior dificuldade é informar que não somos um manicômio. Esse termo só é utilizado por juristas ao determinar o recebimento de um cidadão vítima de transtorno manicomial”.⁴²

Tal hospital parece ocupar um papel no fluxo de desinstitucionalização do Piauí.⁴³ Segundo Rosa e Silva (2021, p. 314), o hospital “assume a vanguarda do processo de desinstitucionalização”. Isso em razão de ter havido um esforço no estado, após a Portaria 106/2000, que institui os SRTs para o acolhimento de pacientes egressos(as) de internações em hospitais psiquiátricos ou HCTPs, após dois ou mais anos de institucionalização. Foram criados três SRTs e, em 2015, um SRT específico para pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Entre 1996 e 2016, funcionou o Hospital Penitenciário Valter Alencar, que foi desvinculado da estrutura administrativa da Secretaria de Estado da Justiça do Piauí em função de inspeções que constataram irregularidades quanto à estrutura física e violação de

41. Segundo o art. 150 do CPP, “para o efeito do exame, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar” (Brasil, 1941).

42. Disponível em: <https://www.saude.pi.gov.br/noticias/2011-04-03/3493/hospitalareolino-de-abreu-ha-43-anos-cuidando-da-saude-e-combatendo-opreconceito.html#:~:text=%E2%80%9CNossa%20maior%20dificuldade%20%C3%A9%20informar,manicomial%E2%80%9D%2C%20explica%20a%20diretora>. Acesso em: 17 abr. 2024.

43. Rosa e Silva (2011) afirmam que entre as dificuldades encontradas no processo de desinstitucionalização no Piauí estão a resistência por parte dos profissionais para receber pessoas em conflito com a lei em SRTs, dificuldades de reinserção familiar, além da morosidade nas avaliações e nas sentenças de desinternação.

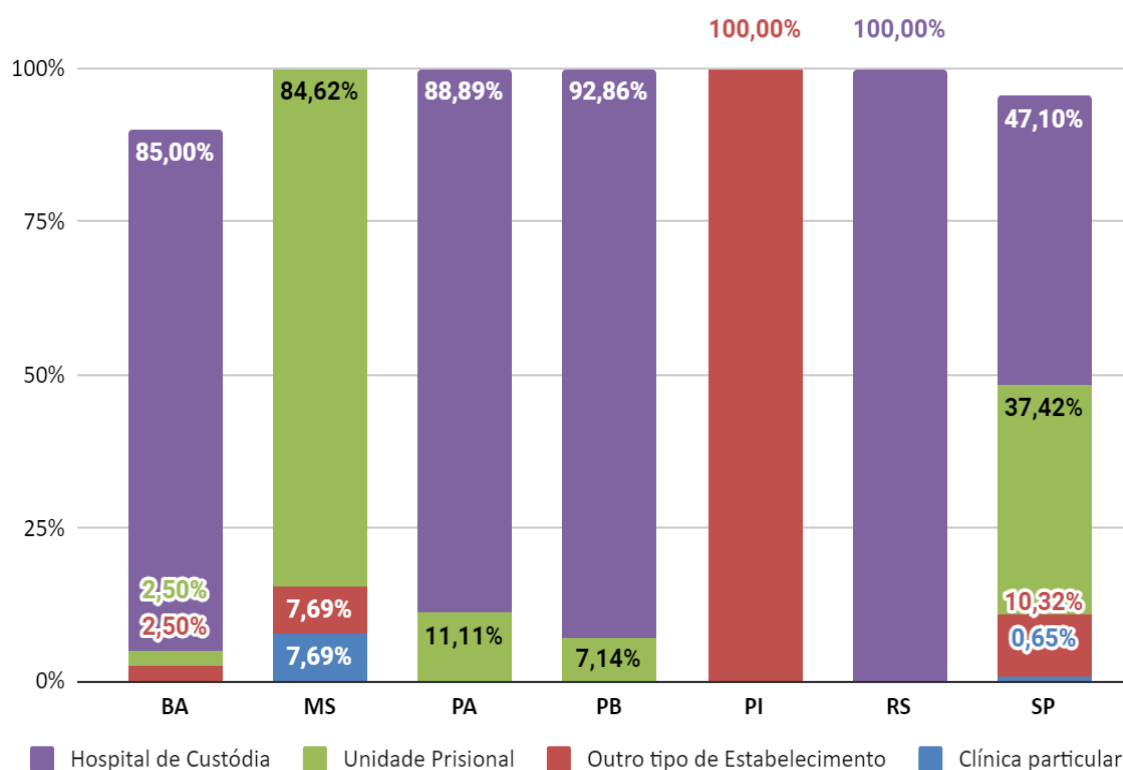
direitos humanos, e em razão das garantias previstas na Constituição Federal, na Lei n. 10.216/2001 e em consonância com a PNAISP. O fechamento do Hospital Penitenciário Valter Alencar deu origem à criação da EAP nesse estado, ainda em 2015. Com isso, as pessoas foram transinstitucionalizadas⁴⁴ para o Hospital Areolino de Abreu. Apesar da relevância desse processo, as mencionadas autoras marcam a importância da desospitalização.

No **Rio Grande do Sul**, observa-se que os réus circulam entre estabelecimento prisional comum, hospital de custódia e espaço de detenção provisória: 75%, 50% dos réus e 37,50%, respectivamente.

Em **São Paulo**, 63,23% das pessoas passaram por espaço de detenção provisória, 26,45% por unidade prisional comum e 7,74% por hospital de custódia.

A pesquisa também buscou compreender a instituição para a qual a pessoa foi encaminhada logo após a sentença, na fase de execução. O gráfico abaixo indica que o Hospital de Custódia é o destino principal na maioria das UFs em que há HCTP – foram excluídos os percentuais relativos aos casos não informados ou que não se aplicam.⁴⁵ A lógica processual manicomial prevalece em todos os estados investigados.

Gráfico 83 – Para qual unidade foi encaminhado logo após a sentença?



Fonte: elaboração própria.

No estado da **Bahia** prevalece o encaminhamento inicial para HCTP, 85%, e um caso é encaminhado para unidade prisional comum e para outro tipo de estabelecimento, com percentual de 20,5%, respectivamente.

44. A transinstitucionalização configura-se como o processo no qual a pessoa com transtorno mental é transferida de uma instituição psiquiátrica para outra com características asilares semelhantes (Bandeira, 2012).

45. Nos casos de “não se aplica”, em virtude de medida cautelar ou Regime Aberto (RA) nessa fase.

No **Mato Grosso do Sul**, UF que não possui HCTP, a unidade prisional comum é a mais acionada como primeira instituição para onde as pessoas são encaminhadas na fase de execução processual, perfazendo 84,62%. Como já assinalado, a maior parte das pessoas segue para este tipo de unidade também na fase de instrução processual, por meio de medida cautelar de prisão ou internação provisória, e permanecem nessa mesma instituição após a sentença, sendo apenas transferidas para alas psiquiátricas nos mesmos presídios em que estavam, ou em outros, em geral, de segurança máxima. Os percentuais de 7,69% para unidade prisional e outro tipo de estabelecimento representam um caso, respectivamente.

No **Pará**, 88,89% das pessoas são encaminhadas inicialmente para HCTP e outras 11,11% para unidade prisional.

Na **Paraíba**, 92,86% pessoas foram encaminhadas inicialmente para HCTP, enquanto 7,14% foram para unidade prisional comum.

No **Piauí**, onde também não há HCTP, vê-se que todas as pessoas seguiram para “outro estabelecimento”, o Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, que se caracteriza como estabelecimento psiquiátrico não específico para medida de segurança. Pode-se dizer, acompanhando as prerrogativas da Resolução CNJ n. 487/2023, que o Piauí adota, de modo mais evidente, a política antimanicomial na execução da medida de segurança. Isso não significa que a lógica judicial seja antimanicomial, pois, como dito acima, o Hospital Areolino de Abreu segue sendo citado em sentenças como “manicômio judiciário”. Vale destacar que a Resolução estipula que a internação deve ser determinada em hipóteses excepcionais, em Hospital Geral ou equipamento de saúde referenciado no CAPS da RAPS.

Art. 13 § 1.º A internação, nas hipóteses referidas no *caput*, será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps, cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os HCTPs ou equipamentos congêneres, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral à saúde da pessoa ou de possibilitar o exercício dos direitos previstos no art. 2.º da Lei n. 10.216/2001. (CNJ, 2023c)

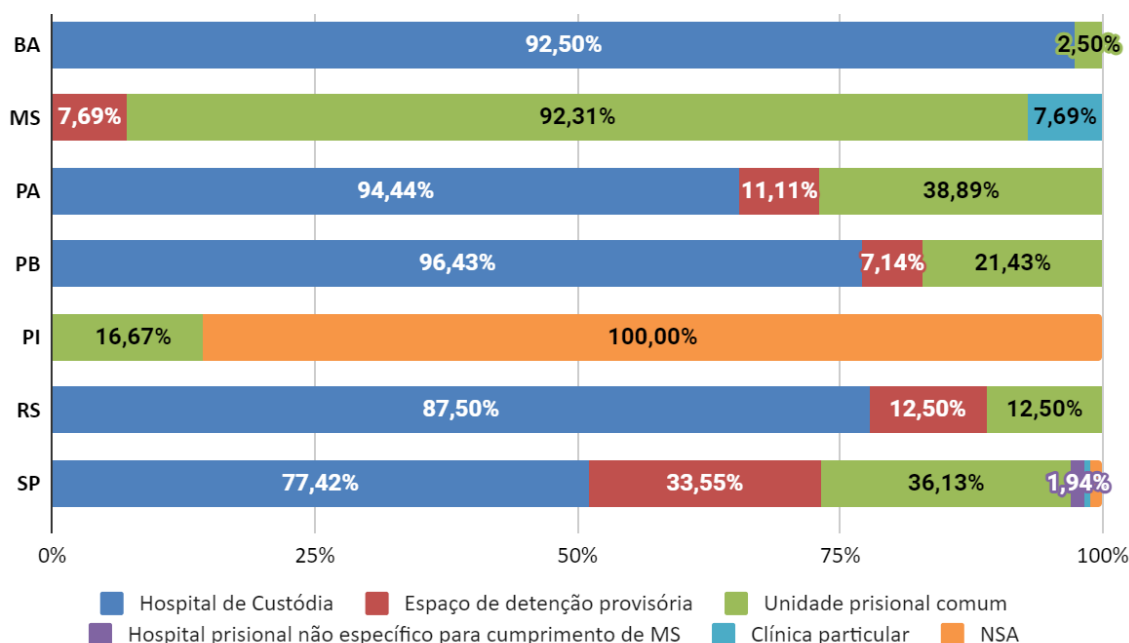
No **Rio Grande do Sul**, 100% das pessoas foram para o HCTP logo após a sentença.

Em **São Paulo**, os destinos para os HCTPs são os mais frequentes, para onde foram 47,1% das pessoas, enquanto 37,42% foram às unidades prisionais e 10,32% para outros estabelecimentos. Em apenas um caso houve encaminhamento para clínica particular, o que representa o percentual de 0,65%. É importante apontar que os processos de São Paulo indicam superlotação nos três HCTPs existentes no estado, como revelam as informações da Secretaria de Administração Penitenciária sobre a Resolução SEMA 768/2017 acerca de uma lista de pessoas que aguardavam vagas em hospitais de custódia, com preferência para as que já estavam em unidade prisional comum.

No que se refere aos trânsitos das pessoas ao longo da execução da medida de segurança e antes da desinternação, nota-se a centralidade dos HCTPs, que somente assumem centralidade nessa fase. A circulação é mais intensa na fase pré-processual.

Durante a fase de conhecimento há a prevalência da privação da liberdade por meio da prisão provisória.

Gráfico 84 – Trânsito em unidades prisionais durante a execução



Fonte: elaboração própria.

A **Bahia** indica pouca circulação de pessoas durante a fase de execução processual, uma vez que 92,5% das pessoas passaram por HCTP e apenas 2,5% por unidade prisional comum.

No **Mato Grosso do Sul**, não há como falar de circulação na fase da execução da sentença. Do total de pessoas da amostra, 92,31% ficaram em unidade prisional comum, em alas psiquiátricas em presídios, enquanto 7,69%, em caso excepcional nesse estado, mas também na amostra total de processos analisados, passaram por clínica particular.

No **Pará**, a circulação entre HCTP e unidade prisional comum se mostra comparativamente mais frequente, uma vez que 94,44% das pessoas passaram por HCTP, 38,89% por unidade prisional comum e 11,11% em espaço de detenção provisória.

Na **Paraíba**, 96,43% do total de pessoas da amostra passaram por HCTP, 21,43% estiveram em unidade prisional comum e 7,14% passaram por espaço de detenção provisória.

No **Piauí**, seguindo as especificidades já comentadas, todos(as) os(as) pacientes passaram pelo Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu ao longo da execução (100%), e uma pessoa também circulou por unidade prisional comum (16,67%).

No **Rio Grande do Sul**, a circulação das pessoas durante a execução processual também é menor em comparação à fase de instrução. Do total da amostra, 87,5% das pessoas estiveram em HCTP, 12,5% em espaço de detenção provisória e o mesmo percentual em unidade prisional comum.

Ao final, pode-se perceber que, em que pese ainda haver a centralidade do Hospital de Custódia no sistema de justiça criminal quando se trata de inimputáveis, há um continuum prisão-manicômio que precisa ser considerado na política de desinstitucionalização no Brasil, pois, no vai e vem entre instituições e nos deslocamentos das pessoas, são promovidas dinâmicas de sofrimento e cerceamento de direitos. Dos dados apresentados, pode-se concluir que as pessoas circulam por uma série de instituições, sobretudo durante a fase de conhecimento e a fase preliminar, quando são aplicadas medidas cautelares como a prisão provisória.

3.3.2.3 Trânsito das pessoas e o uso de drogas

O debate acerca dos trânsitos institucionais pode revelar outras questões que ajudam a investigar o fenômeno da gestão urbana das populações sujeitas ao controle estatal, como as pessoas usuárias de drogas que circulam por territórios urbanos e por diversas instituições – como Centros de Detenção Provisória, comunidades terapêuticas e espaços públicos de uso (Mallart e Rui, 2017). Para compreender melhor como a internação psiquiátrica-penal compõe essa rede de controle, em primeiro lugar, verificou-se o registro de uso de drogas nos processos.

Tabela 65 – Há registro de uso de substância psicoativa? (BA, MS, PA, PB, PI, RS e SP)

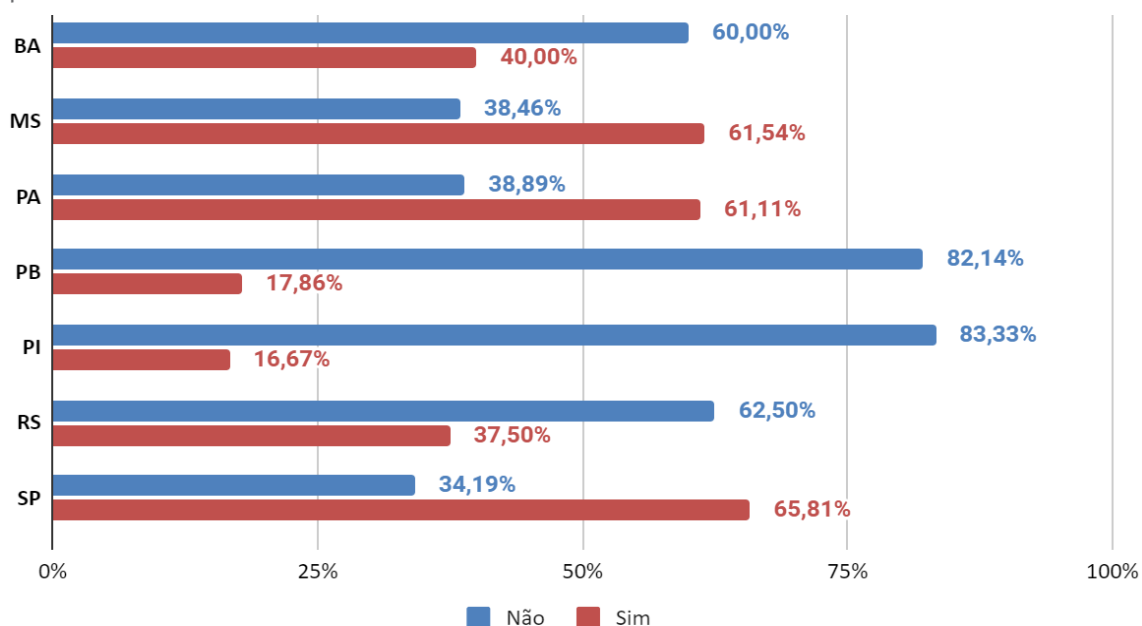
Há registro de que a pessoa fez ou fazia uso de alguma substância psicoativa	Freq.	%
Não	134	45,58%
Sim	160	54,42%
Total geral	294	100%

Fonte: elaboração própria.

Percebe-se que, no total, em mais da metade dos processos, 54,42%, há registro de uso de drogas, mostrando que o impacto da política de guerra às drogas tem reflexos não apenas no sistema prisional, mas também nas unidades de cumprimento da medida de segurança de internação. A produção histórica do estigma do usuário de drogas como uma figura perigosa ou doente permite compreender parte de como os hospitais de custódia e os manicômios foram espaços de destinação dessas pessoas (Passos e Souza, 2011).

A análise por UFs permite compreender o fenômeno de modo mais detalhado, conforme o gráfico a seguir. No estado do **Mato Grosso do Sul**, do **Pará** e de **São Paulo**, a menção ao uso de substâncias psicoativas é preponderante, com peso nas sentenças de internação. Enquanto nos demais estados os percentuais para a mesma categoria são importantes, mas menores em relação aos casos em que não houve registro de uso de drogas.

Gráfico 85 – Há registro de que a pessoa fez ou fazia uso de alguma substância psicoativa?



Fonte: elaboração própria.

Nos estados com maior percentual de pessoas identificadas como usuárias de drogas psicoativas, **São Paulo** lidera os registros com 65,81% de casos, seguido pelo **Mato Grosso do Sul**, 61,54%, e pelo **Pará** com 61,11% registros. Contra 34,19%, 38,46% e 38,89%, respectivamente, em que não há menção de uso ao longo dos processos.

Na **Bahia**, 40% das pessoas faziam uso, enquanto não houve registro em 60% dos casos; na **Paraíba**, 17,86% faziam uso e não houve registro em 82,14% dos processos; no **Piauí** houve registro em 16,67%, contra 83,33% e no **Rio Grande do Sul** o percentual de usuáries(as) foi 37,5%, sem registro em 62,5% dos processos.

No estado de São Paulo, de modo mais recorrente, há diversos casos em que fica explícito no processo que a pessoa acusada está em situação de rua – embora os registros de uso de drogas não se concentrem apenas nessa parcela da população. É importante mencionar que tais casos não foram incorporados no formulário de coleta de dados,⁴⁶ mas por serem recorrentes merecem ser explicitados. Ademais, a recorrência de registros de usuáries(as) de drogas contribui para marcar a importância da escolha do estudo de caso de Ricardo (usuário de drogas e com trânsito de entradas e saídas em HCTP), como se verá na terceira parte deste relatório.

É o caso de um processo do Foro da Barra Funda, capital, em que a pessoa esteve em situação de rua e é usuária de *crack*. Há muitos trânsitos institucionais na execução, e a pessoa passa por nove unidades até chegar em Franco da Rocha I (HCTP Professor André Teixeira Lima). Depois, segue para o HCTP Franco da Rocha II, uma Colônia para onde vão pacientes em “desinternação progressiva”, conforme é classificado nos autos. É interessante notar que o laudo pericial recomenda TA, mas a sentença determina a internação. Posteriormente, o EVCP sugere a desinternação e vaga em RT. Em outro processo do mesmo paciente há conversão de pena em medida de segurança. Tais informações

46. Perguntou-se se havia registro no processo quanto ao uso de drogas, mas não sobre menção à trajetória de situação de rua.

indicam que, de fato, a pessoa está num processo de vai e vem entre instituições penais e de saúde.

Em outro processo de São Paulo, os trânsitos entre esses mesmos tipos de instituições ficam evidentes. O paciente faz uso abusivo de álcool e há registro de uso de maconha. A pessoa tem trajetória em situação de rua, albergue, CAPS, hospital psiquiátrico e HCTP, antes do delito. Durante a fase de conhecimento não houve prisão preventiva, mas já vinha de longa trajetória em instituição prisional e de saúde, tais como o CDP de Pinheiros, CDP Santo André, Penitenciária Franco da Rocha, Hospital Queimados em Tatuapé (SP). O EVCP foi produzido por equipe multidisciplinar do HCTP de Taubaté, que foi acolhido na decisão de desinternação. Entretanto, após desinternação, a pessoa é presa novamente e inicia-se um fluxo institucional já conhecido por ela: CDP II de Pinheiros e HCTP Taubaté, por meio de medida cautelar.

Para dar mais um exemplo, há o caso de uma paciente, mulher, em situação de rua, também usuária de drogas. Apesar da decisão judicial de desinternação, a paciente permanece em instituição penal por ausência de RT. A defesa cita o artigo 16 da Resolução CNJ n. 487/2023 e o juiz solicita imediata desinternação.

Por fim, há casos em que, para além dos trânsitos institucionais que envolvem segurança pública – saúde – assistência, vê-se como a ausência de comunicação entre tais áreas pode refletir na morosidade processual e, por conseguinte, em maior sofrimento para o paciente. Um caso envolve um homem em situação de rua, usuário de drogas. A juíza determina internação compulsória no CRATOD – Centro de Referência de Álcool e Drogas e é respondida pelo órgão de saúde que explica não ser uma instituição de internação, destinada apenas a internação de curta duração, além de sugerir outros encaminhamentos. Decide-se pela internação compulsória no Instituto Bezerra de Menezes. O documento emitido pela direção do CRATOD chega a fazer mapas para auxiliar o Tribunal de Justiça, mostrando onde estão localizados os equipamentos que podem ser acionados no caso, e recomenda que o caso poderia ter sido encaminhado de modo mais eficiente e eficaz durante a audiência de custódia. De acordo com o documento do CRATOD:

Nossas vagas de acolhimento, **não são leitos hospitalares**, e sim de hospitalidade diurna e/ou noturna, sendo que havendo necessidade de vaga em unidade hospitalar com vistas à desintoxicação (urgência [Programa] Recomeço), utilizamo-nos do sistema de regulação da Central de Regulação das Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS [...].

Importante também destacar que após a internação para desintoxicação de caráter breve (10-15 dias a depender de alguma comorbidade clínica) a continuidade do tratamento do usuário SUS seguirá em um CAPS de acordo com o diagnóstico e projeto terapêutico singular (PTS) [...] e, se for o caso do réu, caberá a (sic) Secretaria de Administração Penitenciária construir este projeto de reinserção social buscando outros serviços de apoio social e comunitário (Processo n. 484, p. 40)

Ocorre, conforme o documento, que o paciente já tinha oito internações anteriores, sendo duas no CAISM (Centros de Atenção Integrada à Saúde Mental), que “se mostraram mais uma vez insuficientes para as questões de segurança que pretendeu estabelecer este juízo, uma vez que a internação não será a resposta para o tratamento do caso”. Após justificar que teriam chegado notícias do Instituto Bezerra de Menezes de

alguns estados, uma gestão da pequena delinquência urbana. Esses fios merecem ser melhor investigados e alguns deles serão retomados na parte 3 deste relatório.

No Pará, um dos casos em que o autor foi preso por roubo destaca:

[...] passou a viver em situação de risco social quando iniciou o consumo de entorpecentes ilícitos, intensificando a sintomatologia de sua patologia (epilepsia), dificultando seu tratamento com os medicamentos psicoterápicos. Possui histórico de tratamento no Hospital de Clínicas Gaspar Viana e uso de medicamento psicoterápico anterior a sua prisão (sic). Possui vínculos familiares fortalecidos, recebendo visita regular de seus familiares (mãe e avó), caracterizando vínculo preservado. [...] Posteriormente será encaminhado para participar do grupo de Narcóticos Anônimos (NA). Desenvolve suas AVDs e AIVDs de maneira independentemente. Neste contexto, encontra-se em condições de retorno ao convívio familiar, todavia, sugere-se acompanhamento da EAP com o objetivo de sensibilizar a família quanto a importância da continuidade do tratamento pós-desinternação, bem como articular as redes de proteção social básica e média complexidade do SUAS, além de acompanhamento ambulatorial junto ao SUS (CAPs e CAPs AD).

Segundo sua genitora:

[...] declarou que o acusado se encontra no Hospital de Custódia há 01 (um) ano e 04 (quatro) meses. Relatou que o acusado alterna comportamentos, entre alegria e agressividade e é portador de transtornos e epilepsia. Disse que não tem condições manter o acusado longe das drogas e que o acusado é agressivo. Segundo a testemunha. O acusado já foi ameaçado de morte por um miliciano.

Nesses casos, percebe-se que a institucionalização surge como uma forma de supostamente lidar com a falta de políticas públicas para pessoas que fazem uso problemático de drogas. Todavia, nesses casos, essas pessoas acabam sendo desinternadas e encontram a dificuldade de serem inseridas em políticas públicas após a sua saída.

O uso indiscriminado da internação como principal alternativa para pessoas em situação de rua ou pessoas com relação problemática com as drogas reflete a força das concepções moral-jurídica e biomédica, tão amplamente discutidas pela Reforma Psiquiátrica, no campo de trabalho com usuários(as) de drogas (Assis, Barreiros, Conceição, 2013). Há complexas relações estabelecidas entre o uso considerado problemático de drogas, a vulnerabilidade social e o racismo estrutural, sendo necessário ampliar o olhar sobre como a política repressiva sobre as drogas tem impactado também os HCTPs. Este debate é importante para que tal instituição não se torne um modo de fazer gestão dos indesejáveis das cidades.

2.4. Conclusões

Esta parte teve por objetivo mapear: a) **fundamentos jurídicos** mobilizados nos processos decisórios relacionados à execução da medida de segurança; e b) o **fluxo processual** para analisar os trânsitos, os tempos processuais e a circulação das pessoas por meio das várias etapas do processo de internação.

Já na seleção dos casos, contudo, observaram-se questões contundentes: uma fase pré-processual caracterizada pela prevalência de prisões e internações provisórias, bem como por inquéritos por flagrante, refletindo desde o princípio uma lógica marcadamen-

te de aprisionamento. Ademais, foi possível perceber uma lógica punitiva que permite internações por condutas menos gravosas e que sequer poderiam gerar pena privativa de liberdade de reclusão, como cárcere privado, violação de domicílio, dano, vias de fato, ameaça, lesão corporal, tentativa de violação do segredo profissional.

Quanto aos exames periciais, ficou perceptível centralidade da perícia oficial, todavia, com crescimento da presença de outras equipes. Os exames multiprofissionais divergem em porcentagem de aparição a depender do estado analisado, assim como a atuação da VEP, das EAPs e do CAPS. As equipes dos HCTP são as mais presentes durante a execução, variando, entretanto, a depender do estado. Não foram encontrados registros de presença de outras instituições no quesito dos exames multiprofissionais nos processos analisados.

Em relação aos argumentos utilizados para determinar a medida de segurança, chama a atenção o fato de que há semelhanças grandes entre as construções argumentativas das sentenças de cada estado. Em todos eles, por exemplo, foi possível observar a importância do critério legal – estabelecido no art. 97 do Código Penal – para determinação da internação. A gravidade do fato cometido também apareceu como argumento em todos os estados, o que demonstra como as sentenças de determinação de medida de segurança muitas vezes espelham aquelas de determinação de penas. Ao mesmo tempo, a periculosidade ainda é categoria que surge nesses documentos como forma de justificar a internação em alguns casos. A análise qualitativa ajuda a revelar como menções à falta de estrutura familiar e à complexidade do diagnóstico psiquiátrico são elementos que configuram, para alguns magistrados e magistradas, a noção de periculosidade.

As decisões de desinternação são mais sintéticas e não apresentam argumentos ou fundamentos longos. Geralmente, limitam-se a indicar as conclusões periciais ou de equipe multiprofissional e listar as condições a serem cumpridas na desinternação condicional, instrumento que a pesquisa revelou ser central na gestão das medidas de segurança nos estados analisados.

Foi apresentada também a pesquisa de fluxo processual. Foi feito um fluxograma das principais etapas, bem como observaram-se os tempos processuais, inclusive recursos, e eventuais gargalos. A maioria dos processos demorou até três anos (30,43%), o que pode ser explicado pelo recorte delimitado pela pesquisa: processos de execução de medida de segurança com data de distribuição a partir do dia 1.º/7/2017 até 30/6/2023.

São processos marcados, ainda, pela morosidade, sendo os exames psiquiátricos determinantes nessa demora. No fluxo do processo a maior demora processual é entre a data de distribuição do processo e o exame de cessação de periculosidade (18,6 meses) e depois entre a denúncia e a data para realização do exame de sanidade (14,2 meses). A demora para ambos os exames é impactante ao processo.

Chama a atenção na análise comparativa dos processos nos estados a diferença entre cada um. O estado do Piauí só teve uma média temporal acima de dez meses. Já o estado da Paraíba, em três momentos, teve a média acima de dez meses, chegando a ter a maior média, de 28,1 meses, entre a data da denúncia e a data da realização do exame de sanidade mental.

Para refinar a análise, utilizaram-se curvas de sobrevivência comparativas entre os estados. Essas curvas permitem compreender o fluxo dos processos de outra perspectiva e evidenciam as dinâmicas processuais de forma comparativa entre os estados analisados. Em termos de desinternação, as curvas que mais se distanciam são a do Piauí e a de São Paulo, último estado a ter 100% das pessoas desinternadas.

Sobre o impacto de covid-19, maior pandemia da história recente, não foi registrado nenhum caso de acometimento pelo vírus nos estados investigados. Todavia, observou-se que foram encontrados pedidos de liberação de internos(as) em decorrência de covid-19, sendo um caso na Bahia e dois no Mato Grosso do Sul, um no Piauí, dois no Rio Grande do Sul e nove em São Paulo. Em todos os casos, os pedidos foram feitos pela defesa. Somente foram registrados três casos de liberação em decorrência de covid-19, sendo um no Mato Grosso do Sul e dois no Rio Grande do Sul.

Não foram registrados, nos processos, número relevante de recursos ou pedidos de *habeas corpus* ou indulto, o que mostra que as estratégias processuais defensivas não são muito acionadas nesses casos e que impactam pouco no fluxo processual.

Parte relevante da análise de fluxo é também compreender os trânsitos das pessoas entre as instituições, inclusive para perceber como isso impacta o andamento processual. São dinâmicas que se entrecruzam e se afetam umas às outras. Nessa dinâmica, os dados dos processos judiciais falam, de modo mais geral, sobre a importância da desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental no contexto da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, incluindo o olhar atento sobre as várias instituições e serviços que se colocam na vida dos sujeitos, incluindo pessoas usuárias de substâncias psicoativas e pessoas em situação de rua.

Esta pesquisa sustenta que as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei não estão apenas nos HCTPs, mas circulando por diversas instituições penais e de cuidado. É fundamental compreender os HCTPs a partir das instâncias e instituições que os articulam: não só punitivas (em suas diversas modalidades), mas também de assistência, saúde e cuidado, que ampliam as mãos do controle penal.

No que se refere à trajetória dos(as) pacientes antes do início do processo criminal, nota-se que há número razoável de pessoas que passaram anteriormente por prisão, por tratamento ambulatorial ou por HCTPs. Os processos analisados revelam uma parcela de pessoas que circula entre instituições penais e de saúde. Todavia, na maioria dos casos, os(as) pacientes passavam por HCTP pela primeira vez, o que poderia, inclusive, ensejar outro tipo de resposta judicial, voltada ao tratamento ambulatorial.

Como o primeiro destino das pessoas com transtorno mental nos estados investigados, destaca-se o predomínio das instituições prisionais do tipo unidade prisional comum e espaço de detenção provisória, com exceção da Paraíba. Percebe-se grande continuidade entre os manicômios, os presídios e as instituições de cuidado, sendo fundamental que as políticas antimanicomiais atuem nessas zonas limítrofes. Os HCTPs somente assumem a centralidade na fase processual após a internação provisória. A circulação é mais intensa na fase pré-processual. Durante a fase de conhecimento há a prevalência da privação da liberdade por meio da prisão provisória e depois da internação.

Outro debate que ganha relevância nos trânsitos processuais e institucionais é a relação com a política de drogas brasileira que pode intensificar o aprisionamento, a manicomialização e a circulação institucional dessa população. Nos estados do Mato Grosso do Sul, Pará e São Paulo, a menção ao uso de substâncias psicoativas é preponderante, com peso nas sentenças de internação. Em mais da metade dos processos há registro de uso de drogas, mostrando que o impacto da política de guerra às drogas tem reflexos não apenas no sistema prisional, mas também nas unidades de cumprimento da medida de segurança de internação.

PARTE 3 – DINÂMICAS DE GESTÃO E ESTUDOS DE CASO

3.1 Introdução

Nesta parte, por meio da realização de estudos de caso, busca-se aprofundar a compreensão acerca das medidas de segurança. Para tanto, trabalha-se a partir de duas camadas descritivas e analíticas, as quais diferem, mas se conectam.

Na primeira camada, o objetivo central consiste em demonstrar a existência de algumas dinâmicas que marcam a gestão de pessoas que cumprem medida de segurança, com destaque para os discursos jurídico-psiquiátricos em torno do “problema das drogas”, assim como para os nexos que articulam os manicômios judiciais aos CAPS.

No que concerne à segunda camada analítica, analisam-se três casos em profundidade, buscando esmiuçar as especificidades da medida de segurança em suas múltiplas dimensões, bem como as trajetórias das pessoas envolvidas. Como se tornará evidente, debruça-se sobre: a) um caso de longa internação, o qual permite traçar reflexões sobre os mecanismos intrínsecos à manutenção, por longo período, da internação de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei; b) um caso relacionado ao uso de drogas e aos vários trânsitos entre o dentro e o fora do perímetro institucional, já que uma das questões da pesquisa consiste em averiguar se há, em curso, um processo de mudança de perfil em relação ao público que tradicionalmente ocupava os ECTPs; e c) um caso em que se observa a transferência de um adolescente, com passagens por outras instituições, que saiu da FASEPA para o HGP, o manicômio judicial local. Nesse caso, a decisão de analisá-lo justifica-se por um simples questionamento: afinal, como é possível a passagem de um espaço socioeducativo diretamente para o manicômio judicial?

Em síntese, o enfoque proposto baseia-se em movimentos analíticos distintos, mas complementares: por um lado, trata-se de demonstrar a existência de algumas dinâmicas que se repetem nos casos selecionados; por outro, pretende-se esmiuçar, a partir de três casos em profundidade, aspectos específicos, que também se referem ao funcionamento geral das políticas direcionadas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Por fim, cabe sublinhar que a análise de todos os casos consultados foi feita a partir da leitura de processos de instrução e de execução de medida de segurança, tendo como parâmetros teóricos e metodológicos autores(as) dos campos da antropologia do Estado (Das e Poole, 2004; Sharma e Gupta, 2006; Abrams, Gupta, Michell, 2015; etc.) e da etnografia de documentos (Riles, 2006; Lowenkron e Ferreira, 2014; Vianna, 2014). Ademais, a análise dos processos foi complementada com a realização de pesquisa bibliográfica.

3.2 Dinâmicas de Gestão

3.2.1 Uso de drogas e medida de segurança

No dia 9 de maio de 2019, Marta e o seu companheiro foram presos por tráfico de drogas (art. 33, Lei n. 11.343/2006). Na ocasião, tal como consta no Auto de Apreensão produzido pela Polícia Civil de Itapetininga/SP, mantinham consigo 2,90 gramas de *crack*, 1,96 gramas de cocaína, um celular e R\$ 15. Desde o primeiro depoimento, a jovem, que tinha 29 anos de idade e estava grávida, dizia não ser traficante, mas usuária de drogas.

Um dia após a detenção, durante a realização da audiência de custódia, o promotor de justiça enfatiza que ambos são reincidentes, requerendo a conversão da prisão em flagrante em prisão preventiva, visto a necessidade de “garantia da ordem pública”. Por sua vez, o defensor público, depois de destacar que a jovem estava grávida e possuía três filhos menores de idade, solicita a prisão domiciliar. O magistrado, então, se pronuncia:

[...] a manutenção dos acusados no cárcere é medida que se impõe a fim de se garantir a ordem pública, máxime perante a sociedade local e diante da situação atual do país, em que tanto se discute a questão da impunidade [...]. No tocante a Marta ela também é reincidente específica. Os policiais narraram que ela tentou esconder a droga, que também indicam a sua participação no mesmo crime. Assim, não pode ser considerada a liberdade provisória apesar de ser mãe [...].

Em 17 de maio de 2019, período em que Marta já estava confinada na Penitenciária Feminina de Votorantim, o promotor oferece a denúncia por tráfico de drogas e associação ao tráfico, sublinhando a “considerável quantidade de drogas” (em termos de peso líquido, segundo o laudo da Polícia Técnico-Científica, tratava-se de 1,55 gramas de *crack* e 0,36 gramas de cocaína). O advogado da jovem (um defensor dativo) também se manifesta, solicitando acesso aos prontuários médicos e relatórios psicológicos do CAPS de Itapetininga, local em que Marta já havia feito tratamento.

Simultaneamente, o advogado requer a realização do exame toxicológico, tendo como objetivo “comprovar o uso incontrolado” de *crack*, pedido este deferido pelo juiz da 2.ª Vara Criminal da Comarca de Itapetininga, responsável pela instauração do chamado incidente de dependência toxicológica. Pouco a pouco, por meio da estratégia da própria defesa, que busca desqualificar a acusação de tráfico recorrendo à imagem do dependente químico, observa-se que a jovem começa a deslizar da prisão para o manicômio judiciário.

No dia 12 de setembro de 2019, realiza-se o exame para a verificação de dependência toxicológica. No item “Antecedentes Pessoais”, os psiquiatras afirmam que, desde a infância, “faz uso de drogas e prostituição”; “teve muitos relacionamentos afetivos, com o suposto pai de seus quatro filhos, pois efetivamente não sabe quem é o pai”; “faz uso compulsivo de *crack*”. Os peritos ainda anotam que, na data do exame, a jovem está “descuidada quanto às suas vestes e higiene”, a sua postura é “inadequada”. Na “Conclusão”, sublinham que Marta apresenta história clínica e exame psiquiátrico compatível com CID (10) – F 14.7 (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína, com transtorno psicótico residual ou de instalação tardia). Em razão do diagnóstico, sugerem o “regime de internação emergencial”.

Após as alegações finais (memoriais) por parte do MP e do defensor de Marta (este último destaca que a sua cliente é viciada em *crack* e “que na maioria de seu tempo está sob o efeito psicoativo e devastador da droga”, requerendo, assim, o tratamento ambulatorial), o magistrado profere a sentença. Ao realçar a inimputabilidade da jovem, baseando-se no laudo psiquiátrico, o juiz determina a medida de segurança, consistente “em internação por tempo indeterminado, fixando-se o prazo inicial de 03 (três) anos para nova avaliação, nos termos do art. 97, §1.º, do Código Penal”.

Tempos depois, no dia 17 de dezembro, o defensor interpõe recurso de apelação, almejando a reforma da decisão judicial em primeira instância. O argumento central consiste em defender que Marta seja encaminhada ao tratamento ambulatorial, mesmo porque “está grávida de 7 meses, pronta para dar à luz”. Ademais, o defensor afirma que o magistrado não fundamentou a fixação inicial de três anos para avaliação (conforme indica o artigo 97, § 1.º, do Código Penal, a internação será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante a realização de perícia, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos). Assim, aos olhos da defesa, o juiz fixou os três anos, mas não apresentou as motivações para tanto. Caso a medida de segurança não fosse substituída pelo tratamento ambulatorial que, ao menos, a segunda instância reduzisse o prazo para um ano.

Um dia depois, por meio das chamadas contrarrazões de apelação, o promotor se pronuncia, remarcando “a quantidade de substâncias apreendidas” e defendendo que fosse “negado o provimento aos apelos, mantendo-se a r. sentença nos seus exatos termos”.

Em junho de 2020, período em que Marta estava em liberdade aguardando o desfecho do processo, a 15.ª Câmara de Direito Criminal julga o recurso e profere a sua decisão. Os desembargadores, em conformidade com o voto do relator, acordam que o recurso interposto merece parcial provimento. Após afirmar que não há razão para modificar a medida de segurança para tratamento ambulatorial, até porque Marta tem “condenação por crime de tráfico de drogas praticado anteriormente aos fatos aqui examinados”, o relator argumenta que, uma vez que a sanidade mental da acusada está prejudicada por conta do uso de drogas desde a infância, torna-se razoável a “fixação da medida de segurança no prazo mínimo de 2 anos, e por sua natureza educativa deve ser revista no máximo a cada seis meses, podendo, se o caso, ser reapreciada em momento anterior”. Em resumo, o que se modifica na sentença é a redução do prazo mínimo de três para dois anos; o tratamento ambulatorial é negado.

Com a decisão, por meio da expedição de um “mandado de captura-internação”, Marta transforma-se em procurada, sendo capturada em 17 de outubro de 2020. Dias depois, em 4 de novembro, ingressa no HCTP de Franco da Rocha para cumprir a sua medida de segurança de internação.

O caso de Marta ressoa em outros processos aos quais se teve acesso. Jane foi presa em 9 de maio de 2017, no município de Rio Brillhante, Mato Grosso do Sul. De acordo com a denúncia apresentada pelo MP, que a acusava de cometer o crime de tráfico de drogas, seriam dela – e destinadas para a venda – as 11 gramas de maconha e três gramas de cocaína localizadas em seu imóvel. No documento que registra o interrogatório da Polícia Civil no dia da prisão, Jane afirma: “que é usuária de drogas; “Noia”; “eu sou

movida a remédio”. Na sentença, publicada em 21 de março de 2018, há um trecho do depoimento de Jane – dessa vez, em juízo – em que ela volta a repetir: “que usa drogas; que no dia que foi presa, usou drogas de dia; que não havia tráfico em sua residência; que, às vezes, vendia algum objeto seu, ou fazia programas; que, mesmo tomando remédios, usava drogas”.

Além do trecho do depoimento de Jane – considerado pelo juiz como “isolado das demais provas colhidas nos autos” –, o magistrado também menciona trechos de depoimentos de dois investigadores e de uma testemunha civil, esta última, menor de idade. Nos trechos inseridos na sentença, reforça-se a ideia de que Jane vendia drogas em sua casa. Para o juiz, o “fato é que a residência de JANE já é vulgarmente conhecida como a “BOCA DA JANE”, consoante relatos abaixo”. O que se passa na casa de Jane é tema recorrente dos trechos dos depoimentos trazidos na sentença, assim como o seu comportamento. A testemunha civil, por exemplo, afirma que: “as pessoas iam [na casa de Jane] para usar drogas e marcar programas; que, às vezes, acontecia alguns programas no quarto de Jane; que, às vezes, Jane faz as necessidades na roupa; que Jane não se cuida, não tem higiene pessoal”. Os investigadores reafirmam que a casa de Jane era conhecida como “ponto de venda de drogas”. Diante de tais alegações, o juiz conclui: “restou claro que a acusada, embora não tivesse envolvimento direto com a traficância, permitia que terceiras pessoas utilizassem o local para o comércio ilícito de entorpecentes”, afirmação que enquadra tal conduta no art. 33 da Lei de Drogas.

Jane é considerada inimputável por conta de laudo psiquiátrico que a diagnosticou com esquizofrenia. Em julho de 2018, tendo em vista que não há manicômio judiciário no Mato Grosso do Sul, ela é encaminhada para uma clínica particular em uma cidade no estado de São Paulo, a quilômetros de distância de sua cidade de origem. Menos de um ano depois, em maio de 2019, Jane dá entrada em uma comunidade terapêutica – em outra cidade –, dessa vez, para “submeter-se a tratamento em dependência química [...], sob o CID: F19.6”. Até o ano de 2023, não há no processo registro de que Jane tenha saído desse local, tal como será detalhado em tópico posterior do presente relatório.

Mais um caso é ilustrativo dos efeitos da Lei de Drogas nos processos analisados nesta pesquisa. Em 26 de junho de 2016, na cidade de Limeira, interior de São Paulo, após denúncia anônima, Pedro foi preso por tráfico de drogas. Na ocasião, portava 745 gramas de cocaína (peso líquido). No “Termo de Interrogatório”, coletado na Delegacia de Investigações sobre Entorpecentes (DISE), o jovem, que, à época, tinha 24 anos de idade, fez questão de enfatizar: “nunca vendi drogas, apenas sou usuário de cocaína”.

Dias após a detenção, o MP requer a conversão da prisão em flagrante em preventiva. Nos termos do promotor, a medida se faz necessária para “a garantia da ordem pública, uma vez que o preso ostenta antecedente criminal. Trata-se de crime de extrema gravidade, que causa intranquilidade social”. Tal pedido é deferido pelo juiz da 1.ª Vara Criminal da Comarca de Limeira, afinal, conceder a liberdade provisória para um acusado de praticar “tão grave delito” representa, nas palavras do juiz, uma ofensa à ordem pública.

Com o inquérito policial em mãos, em 25 de julho de 2016, período em que o jovem já se encontrava no CDP de Piracicaba, o MP oferece a denúncia por tráfico de drogas (art. 33, Lei n. 11.343/2006). Por seu turno, a defesa de Pedro – ao que tudo indica, reali-

zada por uma advogada dativa – também se manifesta. Após afirmar que “o acusado é tecnicamente primário, com residência fixa nesta cidade e ocupação lícita”, enfatiza que “os fatos não se passaram como tenta fazer crer a denúncia”. Entre outras estratégias, a advogada solicita que sejam ouvidas outras testemunhas, assim como que seja instaurada a verificação toxicológica – pedidos deferidos pelo juízo.

Em 20 de janeiro de 2017, portanto, mais de seis meses após a prisão, a defensora de Pedro impetra um *habeas corpus* com pedido de liminar junto ao TJSP, questionando a decisão de primeiro grau (que converteu o flagrante em prisão preventiva), e pleiteando a liberdade provisória, mesmo porque o seu cliente é apenas usuário – “é dado à drogadição”. Dias depois, a 14.^a Câmara, na figura do relator do caso, indefere a liminar, já que “a ilegalidade da prisão não se mostra patente”.

Se a imagem de Pedro como dependente químico começa a constituir-se a partir da estratégia da própria defesa, que requer a realização do exame toxicológico, o depoimento de uma testemunha de defesa, durante a audiência de instrução, debates e julgamento, corrobora com tal narrativa. O depoente, que contratara os serviços de Pedro como ajudante de pedreiro em algumas ocasiões, salienta que: “de vez em quando, ele faltava. Ele falava que tinha usado droga. Ele sempre pedia pra adiantar o pagamento. Falava que era pra usar droga”. Na mesma ocasião, ao manifestar-se perante o juízo, Pedro disse que tinha problemas com drogas, que havia apanhado de traficantes por ter roubado droga e que, no dia dos fatos, “estava na nôia”.

Em 13 de junho de 2017, a advogada de Pedro impetra novo *habeas corpus* com pedido de liminar, novamente questionando a manutenção da prisão preventiva, até porque Pedro estava aguardando julgamento, como preso provisório, há mais de um ano; o objetivo é que ele responda o processo em liberdade. Nesse ponto, cabe uma marcação relevante: apesar da realização do exame toxicológico ter sido deferida pelo juízo em 31 de janeiro de 2017 (na audiência de instrução, debates e julgamento), até aquele momento (junho de 2017), o exame não havia sido feito, impedindo o desfecho processual. Meses depois, em novembro de 2017, a defensora do jovem impetra novo HC – o terceiro –, afirmando que seu cliente estava preso há um ano e cinco meses, e aguardando o exame toxicológico há nove meses, situação que constitui excesso de prazo, sendo que, naquele instante, sequer havia uma data definida para a realização do exame.

Em resposta ao HC, a 14.^a Câmara, depois de pedir algumas informações ao juízo da primeira instância, indefere a liminar novamente, ou seja, Pedro segue preso provisoriamente. Somente nos últimos dias de novembro de 2017, após decisão da 5.^a turma do STJ, é que ocorre a substituição da prisão preventiva por medidas cautelares previstas no art. 319 do CPP, como o comparecimento periódico em juízo e o recolhimento domiciliar no período noturno. Em 29 de novembro de 2017, o jovem, finalmente, é colocado em liberdade.

Cerca de dois anos e meio após a prisão, no dia 22 de outubro de 2018, o exame de dependência toxicológica é, enfim, realizado. No item “Antecedentes Hereditários”, os peritos remarcam que Pedro “foi adotado aos seis meses de idade”, tendo seis irmãos e duas irmãs. “Todos os irmãos fazem uso de drogas”. Além disso, sublinham que Pedro “deixou os estudos por causa das drogas”. Aos 16 anos de idade, “começou a andar com

más companhias”; “juventude atribulada”; “nunca fez tratamento para esse mal”. Na “Conclusão”, dizem que: “trata-se de pessoa usuária de maconha, *crack* e álcool (transtorno mental e comportamental devido ao uso de múltiplas drogas), (CID-10 F 19.2)”. Sob o ponto de vista médico legal, vê-se delinear, linha após linha, a imagem do dependente químico, incapaz de entender o caráter ilícito do fato praticado, portanto, inimputável. Não resta saída. Apenas o tratamento psiquiátrico em instituição especializada em tratamento para drogadição, bem como, após a internação, “o tratamento ambulatorial nos moldes do CAPSad, por no mínimo três anos”.

É com base nesse laudo que, em 1.º de outubro de 2019, quase três anos e meio após a prisão, o MP, em suas alegações finais, se manifesta requerendo a absolvição imprópria do réu “para que seja aplicada a medida de segurança consistente em internação”. A defesa, por sua vez, discorda da acusação, argumentando que se for para aplicar a medida de segurança, que ela seja cumprida por meio de tratamento ambulatorial e não em hospital de custódia. Como bem nota a defensora:

O acusado cumpriu 1 ano e 4 meses de reclusão em regime fechado – por força de decreto de prisão preventiva. Obteve liberdade, por decisão no HC XXX – STJ (reconhecimento do excesso de prazo, para realização da perícia). Encontra-se em Liberdade, aguardando decisão final desde 28 de novembro de 2017, então se encontra em liberdade há 2 (dois) anos e 3 (três) meses; sem se envolver em outros delitos.

No dia 14 de fevereiro de 2020, o juiz da 1.ª Vara Criminal da Comarca de Limeira profere a sua sentença. Após reconhecer a inimputabilidade de Pedro, o magistrado impõe a “medida de segurança consistente em internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, por prazo indeterminado, até que seja verificada cessação de sua periculosidade, o que ocorrerá por decisão do juízo da execução da medida”.

Em 23 de setembro de 2021, mais de cinco anos depois da abordagem policial que o levou à prisão, e logo após o cumprimento de um “mandado de captura-internação”, Pedro é encaminhado ao HCTP de Taubaté.

As histórias de Marta, Jane e Pedro se referem às internações por conta de supostos crimes relacionados à Lei n. 11.343/2006 (“Lei de Drogas”), com destaque para o papel dos defensores de Marta e Pedro na solicitação da realização dos exames toxicológicos. O caso de Joana, por sua vez, espelha outra dinâmica, em que, independentemente da tipificação penal, o discurso sobre o uso de drogas segue como componente das acusações e condenações.

Detida no dia 31 de agosto de 2017 pelos delitos de vias de fato, injúria e violência doméstica contra a figura materna, Joana, já no boletim de ocorrência, produzido na delegacia de Pirassununga, no interior de São Paulo, emerge como dependente química; ademais, é mencionado que ela tem “esquizofrenia” e é “portadora de sífilis”. Na ocasião, a própria genitora requer a concessão de medidas protetivas de urgência, deferidas pela juíza da 2.ª Vara Criminal da Comarca de Pirassununga, que determina o “afastamento da averiguada do lar comum, [...], sob pena de ser decretada a prisão preventiva”.

Tempos depois, em 24 de abril de 2019 – é importante ressaltar a extrema demora na conclusão do inquérito policial, inclusive, por falhas na investigação como, por exemplo,

o esquecimento de uma escrivã em entregar o mandado de condução coercitiva de uma das testemunhas para o setor de investigações cumpri-lo –, o MP oferece a sua denúncia, requerendo a instauração dos incidentes de insanidade mental e de dependência toxicológica. Ambos os incidentes são instaurados pela juíza competente em junho de 2019.

Em 22 de julho do mesmo ano, a advogada de Joana (também uma advogada dativa) manifesta-se em resposta à acusação, afirmando que provará a inocência de sua cliente no decorrer da instrução criminal e que “arrola como testemunhas as mesmas da acusação, sem prejuízo de eventual substituição”. Estranhamente, em fevereiro de 2020, na audiência de instrução, debates e julgamento, a advogada solicita “a juntada de laudos que se encontram na execução criminal e em ação que tramita por esta Vara, com vistas à internação da ré”. Ao que parece, Joana – que respondia esse processo em liberdade – já havia cumprido medida de segurança anteriormente, de modo que a advogada solicitava a juntada de laudos anteriores. Em um desses vários documentos, datado de 15 de dezembro de 2015 (“Exame de Cessação de Periculosidade”), lê-se: “pai falecido devido ao alcoolismo crônico”; “criança saudável, mas nervosa e irritada”; “juventude atribulada”; “começou a usar drogas com 12 anos de idade”; “sempre foi uma pessoa explosiva”; “faz tratamento no CAPS”; “relata que ainda faz uso de *crack* e bebidas alcoólicas”; “trata-se de pessoa portadora de esquizofrenia paranoide; e transtorno de comportamento devido ao uso de múltiplas drogas e alcoolismo, que pela observação do exame, concluímos que sua periculosidade não está cessada”.

Ainda em fevereiro de 2020, a promotora, tendo em vista esses laudos anteriores – e devido à Joana não ter comparecido na data de realização da perícia de sanidade mental e de dependência toxicológica referente ao processo em tela –, diz: “entendo que os referidos exames possam ser utilizados para comprovar sua inimputabilidade, salvo melhor juízo”. Na esteira dessas considerações, a advogada dativa que, por vezes, parece atuar como assistente de acusação, enfatiza: “estando ciente de tais laudos [anteriores], a denunciada é inimputável, e assim, tem que ter o tratamento adequado”.

Pouco tempo depois, Joana comparece para a realização dos exames. O perito, no item “Identificação”, sublinha que Joana “é residente sem residência (é moradora de rua)”. Após retomar a denúncia, com os mesmos termos do inquérito policial, destaca que o pai é falecido devido ao alcoolismo crônico; “a mãe, viva, é alcoólatra”. No item “Antecedentes Pessoais”, o perito diz: “atualmente vive na rua, continua a beber etílicos e usar *crack*”. Na “Conclusão”, lê-se: “trata-se de pessoa portadora de transtorno mental e comportamental devido ao uso de múltiplas drogas (CID 10 – F 19.2). [...] sob a ótica médico legal, classifica-se a interdicta, segundo as prerrogativas da responsabilidade penal, entre os inimputáveis, devendo ser submetida a tratamento médico psiquiátrico, inicialmente, em regime de hospitalização para depois ser derivada ao tratamento ambulatorial”.

No dia 18 de março de 2021, por meio da realização de uma audiência virtual, o juiz responsável profere a sentença, tendo como base o exame do incidente de insanidade mental, bem como as alegações do MP e da advogada da jovem, ambos requerendo a aplicação de medida de segurança de internação por prazo indeterminado. Tais pedidos

são acatados pelo magistrado, o qual a absolve impropriamente e determina a medida de segurança em regime de internação, “tendo em vista sua alta periculosidade”.

Cerca de três meses depois (11 de junho de 2021), a advogada de Joana interpõe recurso de apelação, buscando reformar a sentença e requerendo nova perícia, visto que, em seus próprios termos, a sua cliente “buscou atendimento no escritório desta procuradora e manifestou a sua revolta em já ter ficado internada por várias vezes e, mais, recusava a nova internação. Isto tudo em termos agressivos!”. Dias depois, o MP apresenta as contrarrazões de apelação, lançando mão dos argumentos da defesa. Ora, se Joana, conforme sua advogada, compareceu ao seu escritório utilizando termos agressivos para afirmar que se recusava a cumprir nova internação, tal fato, aos olhos da Promotoria, só “reforça a imperiosa necessidade de submissão da recorrente à medida de segurança prevista na sentença”. É essa mesma alegação que será mobilizada pela Procuradora de Justiça, que também opina “pelo não provimento do recurso, com a integral manutenção da sentença”.

Em setembro de 2021, a 2.ª Câmara de Direito Criminal profere a decisão. Mais uma vez, mobilizando o discurso da defesa, o relator, assim como o membro do MP, destaca que, se Joana foi ao escritório de sua advogada revoltada, “isso somente reforça a necessidade de submissão da acusada à medida de segurança”. Não obstante, o relator, ao citar a Súmula 527 do STJ – segundo a qual o tempo de duração da medida não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado –, observa que, no caso em tela, cuja pena máxima abstrata cominada é de três meses de prisão simples, deve ser observado tal tempo na medida de segurança, “mantendo-se, no mais, a r. sentença”.

Com a decisão transitada em julgado, em 30 de novembro de 2021, o juízo da primeira instância encaminha um ofício à Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário, solicitando vaga em HCTP. Após mais de três meses, o órgão responde que “a sentenciada se encontra sob o n. 530” [grifo no original] da lista única estadual das pessoas que aguardam a vaga em liberdade. Em setembro de 2022, após uma nova cobrança por parte do judiciário, a coordenadoria informa que os hospitais de custódia do estado “possuem taxa de ocupação nunca inferior a 100%”. Nesse cenário, Joana segue na fila, na posição n. 254.

Joana nunca deu entrada no Hospital de Custódia; faleceu em 21 de julho de 2022 em outra instituição psiquiátrica (Hospital Casa de Saúde Bezerra de Menezes), tendo como causa de sua morte “óbito por causa desconhecida”.

Outro processo ao qual se teve acesso também demonstra como o perfil “usuário de drogas” se entrelaça à aplicação da medida de segurança. Franklin nasceu em Porto Alegre/RS. Em 2009, aos 22 anos de idade, foi preso após jogar água fervente em sua irmã. Negro e de baixa escolaridade, residia na periferia da capital gaúcha. Na ocasião do delito, conforme consta nos autos processuais, estava sob efeito de drogas, fato que ensejou a instauração de um incidente de insanidade mental.

Na decisão judicial, proferida em abril de 2011, determinou-se, com base na avaliação realizada por um perito, que Franklin deveria cumprir medida de segurança de

internação para o tratamento da dependência química. Seis meses depois, a decisão é reformada em segunda instância, sendo interpostos, por parte da defesa, recursos distintos ao STJ e ao STF devido a divergências nos prazos mínimo e máximo de cumprimento da medida, de modo que o trânsito em julgado ocorre apenas no final de 2017, logo, oito anos após o fato.

Em março de 2019, Franklin, que aguardava o desfecho judicial em liberdade, é preso e conduzido ao IPF para dar início à medida de segurança, fixada pelo período mínimo de dois anos e cinco meses, equivalente à pena que teria sido imposta. A primeira avaliação psiquiátrica seria realizada nesse prazo. Também em espelhamento à pena, o período máximo de internação é definido: dez anos e oito meses. Ocorre que a internação é realizada dez anos após o delito e nove anos após a emissão do laudo psiquiátrico, de modo que a DP se manifesta requerendo, com urgência, a realização de exame de cessação de periculosidade, já que o jovem estava há vários anos sem fazer uso de drogas.

Em abril de 2019, novo laudo é apresentado, relatando que Franklin havia cessado o uso de drogas e constituído família, estando casado e com uma filha de dez meses. De acordo com esse documento, “a internação interrompe a organização que a muito custo ele conquistou para a sua vida cidadã, tanto social quanto economicamente”. O perito sugere a medida de segurança de tratamento ambulatorial e, caso não seja viável, a alta progressiva com a maior brevidade possível. Uma das razões é a prevenção a doenças respiratórias, “cujo risco aumenta com a internação e a chegada da temporada fria”, considerando que Franklin tinha sequelas pulmonares decorrentes de tuberculose. Assim, em maio de 2019, o jovem é encaminhado para dar seguimento à medida de segurança em tratamento ambulatorial. O juiz determina que ele seja acompanhado e guarde os documentos médicos comprobatórios.

Com o passar do tempo, outros laudos são produzidos. Em outubro de 2021, novo relatório pericial sugere a extinção da medida, já que ele “encontra-se com a periculosidade semelhante à de qualquer enfermo mental em nossa sociedade”, em abstinência há sete anos, com estabilidade emocional, trabalhando e com “aporte contetivo” familiar. Indica-se, ainda, que siga com o tratamento psiquiátrico ambulatorial. Porém, em fevereiro de 2022, atendendo aos requerimentos do MP e da DP, o juiz não acolhe o pedido de extinção da medida, determinando a execução de um plano de desligamento do IPF, a desinternação condicional.

Após o lapso de um ano sem movimentações no processo, em março de 2023, o MP requer a disponibilização da certidão de óbito, visto que Franklin faleceu em maio de 2022. Em junho de 2023, o juiz determina que se aguardem as diligências para obtenção da certidão de óbito; é neste ponto que o processo se encerra. Não há, nos autos processuais, quaisquer detalhamentos sobre as circunstâncias da morte.

Com efeito, o caso de Franklin levanta uma série de questões. Primeiramente, o tema dos lapsos temporais: além do intervalo entre a detenção e a decretação da sentença pelo juiz, envolvendo a realização da primeira perícia, chama atenção o período entre o primeiro laudo e o início do cumprimento da medida. Enquanto o processo cor-

ria em distintas instâncias, a vida seguia, de modo que a internação ocorreu de forma totalmente extemporânea.

O espelhamento da medida de segurança com o cumprimento de pena é outro fator a ser sublinhado. Esse espelhamento, inclusive, é abertamente discutido entre o MP e o juiz, sendo reafirmado algumas vezes. Para além de um suposto tratamento ser mensurado a partir dos parâmetros das penas comuns, os prazos fixados mostram-se como elemento a mais de inadequação das medidas de segurança. Por exemplo: o primeiro laudo e a avaliação de cessação de periculosidade deveriam ser realizados dois anos e cinco meses após o início do cumprimento da medida, período correspondente à pena comum. Ora, é evidente que tal período não encontra nenhum fundamento clínico, mostrando como a medida de segurança, ao buscar semelhança com a aplicação de pena, tem como alicerce a punição.

É digno de nota que Franklin não teve extinta sua medida de segurança, uma vez que o último gesto do magistrado é a determinação da desinternação condicional, algo paradoxal, tendo em vista que ele já estava em acompanhamento ambulatorial há tempos. A medida foi mantida mesmo se tratando de alguém com uma boa avaliação psiquiátrica, sem que se possa compreender as razões de saúde que justificaram essa deliberação.

Por fim, é notório que os posicionamentos dos operadores do sistema de justiça e dos peritos encarregados de elaborar os laudos são marcados por avaliações morais acerca do uso de drogas. No início do processo, Franklin é retratado como “agressivo”, “assustado” e tendo comportamentos persecutórios. O fato de ser reincidente pesa na narrativa processual. Mais adiante, Franklin passa a ser visto como alguém que atende às expectativas sociais: estava abstêmio, trabalhando e possuía família, tendo, portanto, “assumido responsabilidades compatíveis com a vida civil adulta e saudável”. Em função desses fatores, já não é mais tido como perigoso – e, ainda assim, como observado, a sua medida não foi extinta.

Seja por conta de acusações específicas pela Lei n. 11.343/2006, como nos casos de Marta, Pedro e Jane, seja em virtude do papel que o consumo de drogas assume nas narrativas de defesa e de acusação de outros crimes, como ocorreu nos casos de Joana e de Franklin, observa-se que há toda uma discursividade em torno do “problema das drogas”, fundamental na dinâmica de funcionamento médico-jurídica de alguns processos.

Investigar como essa questão tem se desdobrado nos territórios analisados é relevante, visto que ela tem sido identificada por pesquisadoras e pesquisadores da área há alguns anos. Ademais, a questão é corroborada por dados da presente pesquisa. O aumento é significativo em alguns dos estados analisados, como no caso do Rio Grande do Sul, onde esse diagnóstico cresceu de 9%, em 2011, para 45,1%, em 2023, entre a população com medida de segurança decretada. No HGP-PA, nesse mesmo período, a incidência de transtornos relacionados ao uso de drogas dobrou, passando de 7% para 14%. Na Bahia, também se verificou aumento dessa categoria diagnóstica, passando dos 11% registrados no censo anterior para os atuais 24,1% dos laudos analisados em 2023.

Se, em 2011, só 11% das pessoas internadas contavam com diagnósticos que tinham alguma relação com o uso de drogas (Diniz, 2013), o presente relatório aponta para a

transformação desse cenário, ao menos em alguns estados da federação. Nos casos de pessoas que foram internadas e desinternadas dos hospitais de custódia entre os anos de 2017 e 2023, há alta presença de sujeitos que, de acordo com os registros judiciais ou policiais, faziam uso de drogas. No Mato Grosso do Sul, em São Paulo e no Pará, por exemplo, o número de casos em que há tal registro nos documentos analisados ultrapassa os 60% do total de processos de cada um desses respectivos estados. Com efeito, o aumento de internos(as) com diagnósticos relacionados ao uso de drogas se refere a um processo que está em curso, o qual, como mencionado, tem sido flagrado por diversos estudos.

Em 2015, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) realizou inspeções em dezoito ECTP ao redor do país. Apesar de a inspeção ter sido feita por equipes diferentes em cada estado e não englobar o total de hospitais de custódia do Brasil, o relatório final da ação aponta como uma das preocupações o aumento da porta de entrada dos manicômios. Para o CFP, um dos motivos para tanto seria a “internação compulsória de pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de drogas” (2015, p. 131) – algo que, no presente relatório, se evidencia pela concentração de pessoas com diagnósticos de transtornos ligados ao uso de drogas entre a população internada provisoriamente, sobretudo na Paraíba, Bahia e no Rio Grande do Sul (ver parte 2).

Nas inspeções supracitadas, notam-se menções mais explícitas ao número de pessoas internadas em dois estados: Pará e Rio de Janeiro. No primeiro, em razão de “possuírem dependência química” (CFP, 2015, p. 37), verifica-se a transferência frequente de pessoas confinadas em prisões comuns para o hospital de custódia do estado. Já no Rio de Janeiro, indica-se que os “dependentes químicos” estariam sendo internados em local – que não foi objeto de inspeção – especificamente destinado a esse perfil, situação caracterizada como sendo “extremamente preocupante” (CFP, 2015, p. 30). Um ano depois, novo volume editado pelo CFP detalha algumas dessas percepções. Silvia Tedesco (2016, p. 271), por exemplo, sublinha que os “novos inimigos sociais: traficantes, maconheiros e cracudos” passaram a integrar o grupo que historicamente ocupa os manicômios judiciários.

Em São Paulo, diversas investigações apontam para o mesmo fenômeno. Em relatório publicado em 2018, a Pastoral Carcerária apresenta panorama das percepções construídas ao longo de visitas nos três hospitais de custódia do estado. Entre os apontamentos, lê-se que “o número de internos que possuem envolvimento com drogas – sobretudo *crack* – tem-se mostrado crescente ao longo dos últimos anos” (Pastoral Carcerária, 2018, p. 49).

Nessa mesma direção, Andrea Barros (2018), ao entrevistar operadores do direito, ativistas do campo da justiça criminal e funcionários dos hospitais de custódia de São Paulo, registra que há percepção comum entre todos esses atores: “o perfil ‘usuário de drogas’ está presente de maneira significativa nos espaços de contenção da loucura no sistema penitenciário” (Barros, 2018, p. 121). Barros também descreve como, ao menos no período de realização de sua pesquisa, a entrada do novo público impactou, inclusive, a organização interna dos hospitais de custódia: nos HCTPs de Franco da Rocha, foram destinados pavilhões e até pátios específicos para essa população (Barros, 2018, p. 119).

Cenário semelhante é descrito por Fábio Mallart (2021), que revela como os hospitais de custódia de São Paulo passaram por um crescente processo de “carceralização”, simbolizado por reconfigurações estruturais (mais grades, cercas), pela implantação de novos mecanismos e procedimentos de segurança, pela circulação de repertórios prisionais, assim como pela chegada de novo público, caracterizado por usuários(as) de drogas com as suas trajetórias repletas de passagens pelas prisões. O resultado é que essas instituições, sobretudo a partir de meados da década de 2010, parecem ter sido revestidas com novas camadas carcerárias, acentuando o último termo do par manicômios-prisões. Evidentemente, o fato de apontar para os traços carcerários que conformam os manicômios não configura nenhuma novidade, afinal, como já foi bem demonstrado por outros autores, o próprio surgimento desse aparato institucional se dá a partir do cruzamento de dois vetores: o psiquiátrico e o jurídico-penal (Carrara, 1998). Porém, e esse é o ponto a realçar, sob os discursos da chegada de novo público (dependentes químicos), os manicômios reforçaram ainda mais a sua face prisional.

Com efeito, a Lei de Drogas (Lei n. 11.343/2006) constitui-se como elemento central para a compreensão dessas transformações. É importante lembrar que, independentemente da infração penal cometida, a referida lei, em seu art. 45 – no caso de o magistrado considerar que o crime foi praticado em decorrência da dependência química ou sob o efeito de drogas –, abre espaço para que o acusado, ao invés de ser enviado para as prisões, seja encaminhado para “tratamento médico adequado”. Na prática, essa alternativa parece estar sendo entendida como envio imediato aos manicômios judiciais.

Tânia Kolker, por exemplo, vincula a inclusão de “um novo contingente de pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas” à publicação da referida lei (2016, p. 273). Barros (2018) e Mallart (2021), em suas pesquisas já citadas, também registram que alguns dos operadores do direito que atuam com os hospitais de custódia compartilham a mesma percepção: a Lei de Drogas diversificou as formas de entrada nos manicômios judiciais, incluindo nessas instituições novo público – que, em muitos Estados, passou a conviver com os sujeitos que se enquadram em um perfil mais “clássico” da inimizabilidade (por exemplo, as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, ou acusadas do cometimento de crimes contra a vida).

Se persistente na prática, esta reorientação se soma ao rol de transformações desencadeadas por tal legislação no sistema de justiça criminal. Conforme remonta Marcelo Campos (2019), em 2006, a atual Lei de Drogas era considerada inovadora por, pela primeira vez, despenalizar o porte para “consumo pessoal” de drogas: a conduta não deixou de ser crime, mas deixou de ser sancionada por meio de uma pena restritiva de liberdade. Ao mesmo tempo, a legislação endureceu as penas antes previstas para o crime de tráfico. De acordo com o referido autor, ao invés de diminuir o número de pessoas presas por práticas relacionadas ao comércio e uso de substâncias psicoativas, a lei teve o efeito inverso: pessoas que seriam classificadas como usuárias, segundo a lei anterior, passaram a ser classificadas como traficantes. Sendo assim, passaram a cumprir penas mais longas, com poucas possibilidades de progressão de regime.

Maria Gorete M. de Jesus (2018) também revelou como os processos relacionados aos crimes de tráfico se desenrolam no dia a dia da justiça criminal: na grande maioria

dos casos, promotores(as) e juízes(as) determinam ou solicitam condenações pelo crime de tráfico de drogas com base em virtualmente nenhuma prova fática. Ao contrário, incorporam e ratificam a palavra dada pelos(as) policiais, transformando tal narrativa em um conjunto de elementos que, juridicamente, sustentam a determinação de altas penas. Em outros termos, como mostra a autora, os(as) policiais que realizam a prisão, ao também serem as testemunhas, são a ponta e o desfecho de todo o processo de incriminação na política de drogas.

Como se vê pelos casos relatados acima, esses mesmos fenômenos também podem ser identificados nos processos de pessoas acusadas de tráfico de drogas e encaminhadas aos hospitais de custódia, como aconteceu com Marta. Porém, a história de Pedro revela que a Lei de Drogas não é a única justificativa legal sendo utilizada para enviar pessoas usuárias de drogas para essas instituições. Independentemente do tipo de crime supostamente cometido, a análise de casos como os de Pedro sugere que há novos entrelaçamentos entre os discursos moralizadores vinculados ao uso de drogas e à retórica do perigo, fundamental nos casos que envolvem o cumprimento das medidas de segurança.

A partir da análise de decisões judiciais em casos de usuários(as) de drogas internados(as) nos hospitais de custódia de São Paulo, Mariana Amaral (2023) mostra que, dos documentos, emerge a figura de uma pessoa que padece de uma doença incurável e intratável fora de um contexto de privação de liberdade; que é incorrigível desde a infância ou adolescência; que é violenta, descontrolada e pouco compreensível. A imagem parece ressoar na figura do “nóia”, tão bem descrita por Taniele Rui (2012, p. 279) como “uma pessoa que traz em primeiro plano uma imagem degradada”, repulsiva, moralmente falha.

Sara Antunes (2022, p. 81), em etnografia que percorreu diversas unidades prisionais de São Paulo, registra como em uma delas havia um pavilhão específico para as “doidas e nóias” – o que ajuda a compreender que essa aproximação ganha concretude no dia a dia das instituições. A palavra “nóia” é diretamente evocada nos casos de Pedro e de Jane, relatados acima. No primeiro, Pedro afirma ao juiz que “estava na nóia”. Jane, por sua vez, diz aos policiais “que é usuária de drogas; “Nóia”.

Para tentar compreender os contornos dessa figura, Taniele Rui destaca os elementos conectados por seus interlocutores à ideia do “nóia”. Um dos principais é a sujeira: “do modo como os usuários a observam, ela materializa as escolhas realizadas ao longo da vida, o envolvimento com a substância, a estadia na rua; materializa, ainda, uma falha moral” (Rui, 2012, p. 263). Tal elemento foi diretamente registrado pelos peritos no caso de Marta, ao afirmarem que ela estava “descuidada quanto às suas vestes e higiene”. Também no caso de Jane, um dos depoimentos registrados na sentença destaca que “não tem higiene pessoal”. A postura “inadequada” de Marta também encontra paralelo nos casos analisados por Rui, assim como a “agressividade” que surge nas descrições de Joana e Franklin.

Os sujeitos acompanhados pela autora parecem gerar sentimento de inadequação nos trabalhadores e trabalhadoras dos serviços de saúde por eles frequentados. Rui nota também que, na mídia, as narrativas das famílias de pessoas usuárias de drogas

destacam a postura agressiva desses sujeitos. Para a autora, os elementos que os corpos dessas pessoas carregam – magreza, sujeira, pequenos ferimentos – borram as “fronteiras classificatórias, sociais e, sobretudo, morais” (Rui, 2012, p. 294), sendo em virtude do “efeito visível de tal corporalidade” que elas passam a estar sujeitas a intervenções de toda a ordem: médicas, assistenciais, policiais e judiciais (Rui, 2012, p. 284). Ainda segundo Taniele Rui (2012, p. 284), se a figura do “nóia” é “mais descrita e evocada do que praticada” por parte das pessoas usuárias de drogas que foram suas interlocutoras, fora de tal grupo, a palavra passou a ser um “termo agregador e rótulo pejorativo dos efeitos imediatos do uso de *crack* e, também, dos usuários cuja corporalidade abjeta ganha destaque”.

O lugar ambíguo dessa figura, em alguma medida, parece aproximá-la da figura do “louco-infrator”, o qual é igualmente dúbio: “muito inocentes para ficarem nas prisões, mas muito perversos para ficarem no hospício”, tal como constatou Sérgio Carrara (1998, p. 193). Conectando ambas, há também a evocação do medo – “adorava ver as pessoas com medo de mim” (Rui, 2012, p. 282), disse um dos interlocutores à Rui –, e do perigo que esses sujeitos parecem representar. Em sua “arqueologia da anomalia”, Foucault (2010, p. 51) ressalta a incorrigibilidade como um dos traços que constituem a figura do “anormal” sujeito às intervenções psiquiátricas e jurídicas – que o autor identifica como o “portador de perigo”, “inacessível à pena” e “incurável” (Foucault, 2010, p. 278). Esses elementos aparecem de forma persistente nos processos de pessoas em cumprimento de medida de segurança ainda hoje, como mostram os trabalhos de Mallart (2021), Antunes (2022) e Fernandes (2023).

Essas aproximações ajudam a compreender em que medida tem se dado, no âmbito do sistema de justiça criminal, o entrelaçamento entre a figura do “noia” e a do “louco infrator” – e quais têm sido os efeitos desses nexos. A questão, contudo, permanece em aberto e merece maior investigação. Os processos de Marta, Jane e Joana também trazem elementos para pensar como esse entrelaçamento se reconfigura nos casos envolvendo mulheres. O caso de Jane é exemplar nesse sentido: a sentença conecta a sua casa com o uso de drogas, a venda de tais substâncias e a prostituição. A ênfase dada à forma como Jane gerencia o espaço privado do lar e a necessidade de registrar elementos de sua atividade sexual não são coincidências. Seria relevante, portanto, compreender melhor como a questão de gênero atravessa tais casos, esforço feito por Rui (2012), no caso das mulheres usuárias de drogas, e por Antunes (2022), no caso de mulheres em cumprimento de medida de segurança.

Também parece interessante refletir acerca da centralidade que toda essa discursividade em torno da questão das drogas assume no processo de revitalização da lógica manicomial. Em tempos de várias discussões sobre a desativação dos manicômios judiciários, por força da Resolução CNJ n. 487/2023, embasada pela Lei n. 10.216/2001, a ampla abertura delas a receberem novo “público”, como vem ocorrendo em alguns dos estados da federação, sugere que tais instituições se reinventam e, portanto, seguem cada vez mais vivas.

Nas linhas abaixo, aponta-se para alguns outros traços que, igualmente, compõem as dinâmicas de gestão das pessoas em medida de segurança.

3.2.2 A temporalidade dos documentos e os CAPS

Em 2017, João, natural de Belém do Pará e, então, com 19 anos de idade, foi denunciado pelo MP por roubo de um celular (art. 157, CP). Em janeiro de 2019, durante o julgamento, o MP se manifesta pela procedência da denúncia; a DP pela nulidade do reconhecimento e pela aplicação do mínimo legal da pena. Por sua vez, o juiz competente, baseando-se na audiência de instrução, debates e julgamento, sublinha que, em tal ocasião, constatou-se que o jovem “não era completamente lúcido de suas ações, e foi determinada a instauração do incidente de insanidade mental”.

Durante a perícia, realizada pelo Centro de Perícias Científicas (CPC) Renato Chaves, “restou comprovado que na época do fato não tinha entendimento acerca de seus atos, sendo diagnosticado com doença mental, usuário assíduo de entorpecentes (maconha e cocaína), perigoso à ordem social, com tendência a cometer novas práticas de violência”. O diagnóstico aponta para transtorno afetivo bipolar, episódio maníaco e sintomas psicóticos (CID 10 – F31.2), em comorbidade com síndrome de dependência de múltiplas drogas (CID 10 – F19.2). O juízo profere a sentença: absolvição imprópria por inimputabilidade e medida de segurança de internação por, no mínimo, três anos no HGP.

Em certidão judicial criminal positiva juntada ao seu processo de execução, lê-se que João esteve preso em flagrante de 11 de maio de 2017 até 25 de julho de 2018; teve a prisão em flagrante convertida em preventiva em 23 de março de 2019 e, apenas em 1.º de abril de 2019, a internação em hospital de custódia. Em novembro de 2019, em ato ordinatório, o juiz da execução solicita que seja encaminhado, um mês antes de expirar o prazo mínimo da internação, “relatório minucioso que o habilite a resolver sobre a revogação ou a permanência da medida, bem como que o relatório seja instruído com um laudo psiquiátrico”. Em outubro de 2020, em outro ato do mesmo tipo, as equipes técnicas do HGP são intimadas a enviar os relatórios em até 45 dias. O CPC Renato Chaves também é intimado a enviar um laudo psiquiátrico forense para reavaliar a medida de segurança em 45 dias.

O relatório multiprofissional do hospital de custódia é remetido em novembro de 2020. O documento informa que o interno estava consciente, orientado, colaborativo e calmo. A lista de psicofármacos inclui Haldol 5mg (3x ao dia), Biperideno 2 mg (3x ao dia) e Clorpromazina (1x ao dia). A análise refaz o histórico de saúde mental, apontando que desde criança o jovem fazia tratamento em CAPS. A avaliação social indica que João recebia visitas da avó, mas que, em razão da idade e da distância do município, as visitas cessaram. Ainda segundo o relatório, João participava de atividades e apresentava bom comportamento, sem episódios de indisciplina. Diante desse quadro, sugere-se o retorno ao convívio familiar. Para tanto, indica-se o acompanhamento com a EAP, a articulação com as redes de proteção social do SUAS, assim como o tratamento ambulatorial junto ao SUS (por meio de atendimento em CAPS).

Em dezembro de 2020, por conta da perda de prazo, o juiz da execução reitera o pedido do laudo pericial ao CPC Renato Chaves e de um estudo psicossocial à EAP. Em resposta, o CPC envia ofício informando que a perícia estava agendada para janeiro de 2021. Ainda no mesmo mês, a EAP envia o relatório psicológico, retomando análises anteriores, mas também realizando nova entrevista, na qual João narra que outro preso

tentou abusá-lo e que, por isso, em determinado momento, foi incentivado por outros presos a enforcá-lo. Conta também que tentou suicidar-se várias vezes. Os profissionais da EAP concluem que “o comportamento de João é resultado de uma sociedade de exclusão e segregação, que a sua condenação e a sua punição não são somente por conta dos crimes por ele cometidos, mas por ele ser quem é, ou seja, pobre, residente da periferia, baixa escolaridade, vínculos familiares e comunitários fragilizados, usuário de drogas, negro, entre outras características que fazem dele um ‘inimigo da sociedade’”. Nesse sentido, indicam o tratamento na RAPS articulado à EAP. Ainda no mesmo mês, é juntado parecer do terapeuta ocupacional, do farmacêutico e do médico, informando que João não apresentava perfil para estar custodiado em um manicômio.

Em janeiro de 2021, após a análise dos relatórios remetidos, o MP envia um parecer favorável à desinternação condicional; a defensoria não se manifesta. O laudo do CPC Renato Chaves não é enviado. Um mês depois, em 4 de fevereiro de 2021, o juiz toma sua decisão. Tendo como base a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001), o art. 17 da Resolução 113/2010 do CNJ e os relatórios anexados, o magistrado decide pela desinternação condicional, aplicando tratamento ambulatorial pelo prazo mínimo de um ano. Junto à desinternação, determina condições de praxe, tais como a obrigatoriedade de apresentar-se ao juízo, ao CAPS e à EAP.

Dias depois da decisão da desinternação condicional, a assistência social da gestão penitenciária produz um relatório no qual consta que a avó de João não pode recebê-lo, tanto por não ter condições quanto por ele estar jurado de morte. Afirma-se também que o seu pai era desconhecido e que a mãe estava desaparecida, portanto, não havia outra referência familiar; por isso, a necessidade de encaminhamento para SRT. O juiz, em resposta, determina que a EAP seja oficiada e informe a vaga em SRT no prazo de dez dias. Por não haver local para acolher João, concretizando a desinternação, a audiência de desinternação condicional é cancelada. Transcorrido o prazo para a EAP apresentar a vaga, é enviado novo ofício para a previsão de SRT. Posteriormente, a EAP responde que o órgão responsável é o 1.º Centro Regional de Saúde (CRS). Em maio, o magistrado envia um ofício ao CRS para que apresente a disponibilidade para o acolhimento do paciente. Ainda no mesmo mês, um laudo pericial do CPC Renato Chaves é juntado ao processo. No documento, semelhante a um exame de sanidade mental, conclui-se que João possui personalidade antissocial e transtorno de ajustamento, portanto, é semi-imputável.

Em julho de 2021, é enviado um *e-mail* para a SESPA, solicitando informações sobre a vaga na República Terapêutica de Passagem no prazo de dez dias. Em agosto, após o descumprimento do prazo, o pedido é reiterado. Dias depois do novo pedido, a secretaria responde, informando que todas as vagas em SRTs e RTPs estavam preenchidas e com o contingente acima do limite.

Em setembro de 2021, o juízo determina que a Prefeitura de Belém seja oficiada para realizar o acolhimento provisório de João, visto que já se passaram sete meses da decisão de desinternação condicional e ele segue confinado. Caso não haja resposta, o magistrado solicita a intimação pessoal do prefeito e do procurador do município, dentro de 20 dias.

No primeiro dia do mês de outubro de 2021, a Procuradoria responde. No início da manifestação, ao reconstruir a análise do caso, informa que o juiz deferiu a “desinternação condicional do paciente (crime de estupro de menor)” – nesse ponto, lembre-se que, na verdade, João havia sido preso por roubo. No decorrer da argumentação, diz que o município não possui competência para acolher pessoas com transtornos mentais e que apenas os SRTs têm esse objetivo. Em razão do “quadro crônico e não temporário, e que pode provocar dificuldades para uma vida independente”, não é possível determinar a locação de imóvel e o financiamento de subsistência. Além disso, considera um “risco pessoal e social ao indivíduo residir de forma autônoma, em virtude de sua condição”.

Novamente, o juízo despacha um ofício ao CRS e à EAP para que apresentem, em 15 dias, previsão de vaga na RTP e a busca por laços familiares. Apenas em janeiro de 2022, a SESPAs informa que não há vagas e sublinha a importância da implantação de novos SRTs para atender as pessoas enviadas pelo sistema judiciário. Em setembro de 2022, o magistrado determina que João seja direcionado ao SRT-Icoaraci. No dia 13 do mesmo mês, às 11h, um ofício do hospital de custódia informa que o jovem foi colocado em liberdade, todavia, mais de um ano e meio depois da decisão que havia determinado a sua desinternação condicional.

O caso de João é emblemático. Ele espelha outras tantas histórias, por meio das quais se evidencia que, mesmo com a desinternação condicional deferida, a porta de saída é bem mais estreita do que aparenta. A sua história ressoa em achados da presente pesquisa que, ao se debruçar sobre o estado do Pará, constatou a existência de casos de permanência na instituição mesmo após decisões de desinternação terem sido prolatadas. Dos casos registrados na parte 1 deste relatório, identificou-se que, em média, as pessoas ficaram 39,5 meses internadas depois de receberem uma decisão de desinternação. Ademais, o caso mostra como a internação pode se prolongar devido aos excessos de prazo, multiplicando, como também ocorreu com Lisa, o tempo de espera.

Lisa é natural de Catuípe, no interior do Rio Grande do Sul. Em 2017, aos 40 anos de idade, foi denunciada pelo MP por tentativa de roubo. Proferida em 29 de maio de 2019, a sentença cita que ela estava em prisão preventiva, desde 2017, na Penitenciária Modulada Estadual de Ijuí. Foi considerada inimputável por meio da avaliação de um perito psiquiatra, que também informou que ela não tinha suporte familiar e que apresentava “históricos de má adesão aos tratamentos ambulatoriais propostos”. O magistrado, ao parafrasear o perito, informa que o médico sugeriu a medida de internação devido à “falta de adesão ao tratamento ambulatorial por parte da pericianda e à necessidade de seguimento medicamentoso rigoroso para controle da sintomatologia da doença”. Em acordo com tal recomendação, o magistrado determina a medida de segurança de, no mínimo, três anos e, no máximo, dez anos, a ser cumprida em HCTP.

No final de agosto de 2019, Lisa é transferida para o IPFMC, local em que já havia estado internada no ano de 2009. O juiz decide pela mudança no prazo mínimo e máximo da nova internação: mínimo de um ano e máximo de seis anos e oito meses, a partir da pena cominada em abstrato. Além dessa alteração, solicita à equipe do manicômio a realização de laudo psiquiátrico em até 30 dias, de estudo social pelo Serviço Social e de laudo psicológico com psicodiagnóstico.

O “parecer psiquiátrico-psicológico” é remetido em 18 de setembro de 2019. No documento, os avaliadores retomam a internação de 2009, ocorrida devido “aos delitos de ato obsceno, em 2008”, e a condenação atual por roubo. Nos laudos anteriores, Lisa foi diagnosticada com transtorno bipolar (CID 10 – F 31.2); o seu histórico informa que teve outras internações pelo uso de drogas. Os seus sintomas são caracterizados como “taquialia, humor exaltado, vivência grandiosa, produção delirante de cunho místico”. No que se refere à prescrição de psicofármacos, a lista é extensa: risperidona, biperideno, neozine, carbonato de lítio, CVS, diazepam e haldol. Diz-se, ainda, que toda a medicação é diluída e ministrada com “abertura de boca” e, “na recusa de qualquer fármaco, dar uma ampola de haldol simples”. As conclusões informam a evolução e certa estabilização, favorável ao “determinante psicológico de sua periculosidade”. Entretanto, não há, de acordo com o parecer, a extinção da periculosidade, motivo pelo qual é sugerida a manutenção da internação com benefício de alta progressiva – para fortalecimento de laços familiares visando uma futura desinternação.

Após o recebimento do parecer, e sem manifestações significativas do MP e da DP, o juízo competente, além de prorrogar a medida de segurança por seis meses e conceder a alta progressiva, determina o envio de novo laudo em 06 de abril de 2020. Em tal documento, o psiquiatra e o psicólogo retomam a história, o diagnóstico e os comportamentos de Lisa, sem alterações em relação ao laudo anterior. Todavia, na “evolução psiquiátrica”, informa-se que a interna não criticava a sua condição crônica, algo tido como negativo. Ademais, adiciona-se o diagnóstico de dependência química, “evidenciado” pela tentativa falha de coleta de sangue devido a dano vascular, ainda que a interna o negue. O laudo apresenta errata em relação à informação anterior dada ao juízo, afirmando que não há vínculos familiares, o que dificulta a alta progressiva. Assim sendo, conclui-se que o determinante biológico da periculosidade evoluiu, mas não foi extinto, logo, é necessária a internação combinada com a alta progressiva.

No mesmo mês, o promotor se manifesta pelo acolhimento do laudo em relação à prorrogação da internação e à alta progressiva. A DP peticiona pela primeira vez, opondo-se à prorrogação e requerendo a desinternação condicional, visto que o “IPF é local notoriamente insalubre e com diversos outros empecilhos”. Ao citar a Lei n. 10.216/2001, realça o direito ao tratamento “em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis” e, “preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. O juiz, então, se pronuncia, prorrogando a medida de segurança por mais seis meses com a “alta progressiva” – que estava suspensa por 90 dias em razão da pandemia de covid-19.

Em dezembro de 2020, após o juízo oficial o IPFMC para a elaboração de novo laudo, já que o prazo estipulado havia expirado, este é entregue. Na análise, os peritos indicam que Lisa apresentava dificuldades no relacionamento e no cumprimento de normas da instituição. Além disso, afirmam que os vínculos familiares são prejudicados, já que os parentes estavam resistentes em recebê-la. Por fim, reiteram que a periculosidade não cessou e que, por esse motivo, é necessária a manutenção da medida de segurança de internação. Em sua decisão, datada de fevereiro de 2021 – após prorrogar a medida por cinco meses com o benefício da alta progressiva, determinando também a elaboração de novo laudo para julho de 2021 –, o juiz conclui que o manicômio devia buscar estratégias para a futura desinternação, como a busca por um SRT.

Após o prazo para o envio do novo laudo expirar e sem qualquer retorno do IPF ao juízo, em outubro de 2021, o magistrado intima o instituto. Um mês depois, novamente sem a remessa do laudo, o juiz determina o prazo “DERRADEIRO” de dez dias. Este, finalmente, é cumprido. A equipe terapêutica mantém a mesma análise, desde a dificuldade de convívio até o abandono familiar, concluindo que não há “condições de retornar ao convívio e à supervisão dos familiares que, por sua vez, também possuem algum tipo de envolvimento com a justiça ou organização criminal”. Junto às análises familiares, indicam que Lisa tem certa resistência ao “encaminhamento de questões pessoais, insinuando certa desconfiança em relação aos servidores do instituto e de sua equipe, acreditando que somente ela poderá administrar sua vida, como se todo o poder de decisão de seu futuro estivesse em suas mãos”. Assim, a vaga em SRT no seu município e a vinculação à rede de saúde são consideradas o mais adequado. Novamente, sugere-se a manutenção da medida e da “alta progressiva”.

Com esse laudo em mãos, após MP e DP requererem o seu acolhimento, o magistrado enfatiza os “vínculos familiares fragilizados” e a não aptidão para o retorno ao convívio social, decidindo pela prorrogação da medida por seis meses e pela manutenção da alta progressiva. Novo laudo é requisitado para 09 de agosto de 2022.

Com efeito, a história de Lisa é a história dos excessos de prazo – desde a longa prisão preventiva até os laudos psiquiátricos que nunca são produzidos dentro dos prazos. Em setembro de 2022, o juízo manda intimar o instituto por, novamente, não ter enviado o laudo. Dias depois, o setor jurídico do IPF encaminha um ofício justificando o atraso por falta de médicos na instituição, que contava apenas com “dois psiquiatras para a realização de perícias de responsabilidade penal, verificação de periculosidade, atendimento dos internos e presos da unidade triagem”. O laudo é juntado ainda em setembro, concluindo pela presença de “fatores de risco de reincidência criminal”, logo, Lisa “não se encontra em condições de retorno ao convívio social”. Sugere-se a manutenção da medida e a alta progressiva.

O MP opina pelo acolhimento do laudo; a DP somente “dá ciência”. O juízo, em novembro de 2022, apoiando-se nos argumentos psiquiátricos, prorroga a medida de segurança por mais um ano com a alta progressiva, que nunca se concretizou. Determina, também, a remessa de novo laudo para 20 de setembro de 2023. Em julho, solicita o envio de nova avaliação psicossocial, psiquiátrica e de informações sobre o benefício previdenciário para a desinternação de Lisa, não obtendo respostas. Em outubro, o juízo reitera o pedido ao IPF, todavia, sem obter qualquer tipo de retorno.

Atravessada do início ao fim pelo descumprimento dos prazos – com destaque para a demora excessiva na realização dos exames de verificação de cessação de periculosidade – a trajetória de Lisa caracteriza-se pela espera e, conseqüentemente, pela extensão da medida de segurança. Quando são produzidos com o objetivo de negar a desinternação, tais documentos, entre outros argumentos, mobilizam “fatores de risco de reincidência criminal” e “vínculos familiares fragilizados”. Nesse ponto, cabem algumas ponderações.

No que tange ao risco de reincidência criminal, como discutido por outros trabalhos, os exames de cessação de periculosidade possuem certa aura futurística, exatamente na medida em que procuram decifrar os riscos e perigos que os(as) internos(as) repre-

sentam, bem como os atos que eles podem vir a cometer; um cálculo sobre aquilo que deve ser gerido, e não curado (Mallart, 2021). A utilização do risco de reincidência, como mostram as análises na parte 1, mas pouco frequentes segundo as análises da parte 2, não é exclusiva de Lisa; de fato, é observada em alguns estados da federação. No caso da Paraíba, por exemplo, a cessação ou a não cessação do risco de reincidência opera como peça-chave no término ou na manutenção da internação.

Por sua vez, no que se refere aos vínculos familiares fragilizados – elemento também presente no caso de João –, vale observar o papel que as narrativas sobre a família ocupam nos documentos institucionais. Se, de um lado, na realização dos exames de sanidade mental, são frequentes as menções à “família desestruturada” (imagem fundamental na produção dos sujeitos considerados desviantes), de outro, no momento da desinternação, a família também opera como peça-chave, uma vez que as alegações de “falta de respaldo familiar” e “vínculos familiares fragilizados” dificultam a saída. Resta saber em que medida o próprio processo de institucionalização mina os laços familiares e quais estratégias institucionais são utilizadas para o fortalecimento dos vínculos entre os(as) internos(as) e as suas famílias.

Ao passo que os casos de João e Lisa, além de demonstrarem a dificuldade para deixar o interior dos muros, evidenciam o prolongamento da medida pelos excessos de prazo – vale lembrar que a medida de segurança já é marcada pela indeterminação temporal, visto que o término depende de avaliação psiquiátrica –, a história de Cida, por sua vez, lança luz sobre o fato de que a possibilidade de reinternação paira no horizonte.

Cida foi presa em 12 de dezembro de 2008, aos 24 anos de idade. Desde o começo, foi internada provisoriamente no HGP, sem que haja nos autos do processo de execução as motivações para a sua internação. A denúncia é oferecida pelo MP em agosto de 2009; a sentença definitiva é proferida em fevereiro de 2010: medida de segurança de internação pelo prazo mínimo de três anos.

Em 2012, o juízo responsável pelo processo de execução determina a realização do exame de verificação de cessação de periculosidade. Na decisão, o juiz se posiciona contra a “presunção da periculosidade do inimputável” e a favor de tratamento que envolva “sociabilidades”, citando, por exemplo, a Resolução n. 113/2010 e a Recomendação n. 35 de 12/07/2011, ambas do CNJ.

Em novembro do mesmo ano, o juiz substituto manda um ofício ao manicômio para que fosse agendada uma perícia no Centro de Perícias Científicas Renato Chaves. Em março do ano seguinte, a SUSIPE encaminha um ofício informando que a jovem se apresentou ao CPC, contudo, o laudo ainda não havia sido encaminhado ao hospital de custódia.

Em junho de 2013, a mãe de Cida comparece ao Setor de Fiscalização de Benefícios e Desenvolvimento Social (SEFIS) da VEP da Região Metropolitana de Belém para informar que sua filha foi submetida à perícia em 2012, entretanto, o laudo jamais foi expedido. A não existência do laudo afetava a possibilidade de Cida deixar a instituição, o que era especialmente relevante, uma vez que estava com trombose na perna.

No mês seguinte, o magistrado despacha solicitação ao setor supracitado, reque-
rendo que seja elaborado relatório psicossocial que sinalize o estado de saúde de
Cida. Dias depois, o CPC Renato Chaves envia o laudo psiquiátrico-legal, reconstruindo
a história pessoal, evolução, exame mental, diagnósticos e comentários psiquiátricos
forenses. Cida é diagnosticada com “transtorno mental não especificado devido lesão e
disfunção cerebral e a uma doença física (CID 10-F 6.9); retardo mental moderado (CID
10-F71.1); e epilepsia (CID 10-G40.9)”. Em seus comentários, o perito diz que, durante a
internação, a jovem manifestou comportamentos agressivos e impulsivos, com baixa
tolerância à frustração, dificuldades no autocontrole e impulsos agressivos, assim como
vínculos prejudicados com a genitora (“dependência/hostilidade”). Além disso, constata
que “a pericianda quer que se faça sempre a sua vontade, caso contrário arranja alguma
forma de chamar atenção para si, se automutila, agride pessoas”. Conclui, por fim, que
a periculosidade não cessou, “não sendo recomendável o retorno ao convívio social”.

Em agosto, a DP peticiona pela primeira vez. No documento, postula a necessidade
de tratamento de saúde, que não é possível em HCTP, afirmando que, caso Cida conti-
nuasse sem cuidados, a execução processual corroboraria “à grave violação do direito à
saúde e à dignidade da pessoa humana”. Diante desse quadro, pede a extinção da medida
de segurança de internação ou, ao menos, a conversão em tratamento ambulatorial.

Em 2014, é anexado aos autos um Relatório de Avaliação Psicossocial, realizado
pelo SEFIS, para analisar o processo de execução e entrevistar a interna. No relatório, é
feita a avaliação documental do processo e do laudo anterior emitido pelo perito, para,
então, surgir um parecer psicológico e social. As análises se baseiam nas afirmações do
médico-psiquiatra, porém estas são usadas para propor enfoque social da construção
da patologia mental e da vulnerabilidade. Afasta-se a periculosidade e propõe-se a rein-
tegração progressiva, sobretudo pela necessidade de tratamento eficaz de saúde e por
conta da existência de vínculos ativos com a mãe – a existência dos vínculos familiares
ativos é um dos argumentos que baseiam a proposta de desinternação; lembre-se que,
no caso de Lisa, os vínculos familiares fragilizados dificultavam a saída do manicômio.

Após manifestações do MP e da DP, o magistrado, em longa decisão, discorre acerca
da aplicação da medida de segurança, diferenciando-a das sanções penais tradicionais,
e indicando a relevância de uma abordagem que seja “verdadeiramente terapêutica”.
Finalmente, decide a favor da desinternação, ainda condicionada, para que Cida se trate
em um CAPS. Indica, ademais, que, se não houver, **em um ano (11/2/2015)**, o “registro de
prática de fato indicativo de sua periculosidade, [ela] ficará automaticamente liberada
das condições impostas, excetuando-se a condição de submeter-se ao tratamento am-
bulatorial, o qual deverá perdurar até que a requerente esteja recuperada”.

Em 2016 – sublinhe-se: **dois anos** após a desinternação condicional –, o MP peticiona
em desfavor de Cida, apoiando-se em declaração feita pela mãe e em um laudo social
do CAPS, informando que ela mantinha comportamento agressivo e que apresentava
“vulnerabilidade”, haja vista que a figura materna não tinha mais condições de cuidá-la
(aqui, a ruptura dos laços familiares é um dos fatos que a empurra novamente para o
manicômio). O documento afirma, também, que Cida apresenta risco social “em razão de
sua resistência e que permanece com ímpetos homicidas”. Baseando-se em tal relato,

o promotor requer a internação para dar continuidade ao tratamento, já que, em seus termos, ela tem “demonstrações contundentes de periculosidade, com fulcro no art. 97, §4.º, do CP”.

Após essa manifestação, alguns documentos são juntados ao processo, entre os quais o termo de declaração da mãe, novos laudos sociais e laudo médico, informando que Cida é “portadora de CID 10-F.20 (Esquizofrenia paranoide) e tem provável quadro de tromboflebite profunda”, junto a um quadro de agressividade, sendo que, devido à situação, foi preciso encaminhá-la para o Hospital das Clínicas Gaspar Viana.

Diante desse quadro, em que se observa a profusão de documentos e narrativas que a direcionam ao manicômio, o juízo determina a sua reinternação como “medida preventiva”, fixando o prazo mínimo de um ano para a realização do exame de cessação de periculosidade, “considerando a gravidade da doença mental que acomete a paciente”. No dia 26 de julho de 2016, Cida é transferida para o hospital de custódia, o HGP.

Apenas em 2019 há nova movimentação no processo, a partir de decisão do juiz para que fosse emitido laudo psiquiátrico-legal pelo CPC Renato Chaves, em 45 dias, além de um estudo biopsicossocial em 60 dias, e estudo psicossocial da EAP. O novo laudo é enviado em janeiro de 2020, indicando que Cida podia retornar ao convívio social pleno, e recomendando a concessão do BPC e a monitoração pela EAP. Sugere-se, ainda, que Cida siga os tratamentos psiquiátrico ambulatorial e clínico geral, este último especializado em angiologia.

Cida jamais retornou ao convívio social. Em maio de 2020, o secretário do Hospital Geral Penitenciário envia um *e-mail* à VEP, informando que ela foi encontrada enforcada com um pedaço de fio, “com sinais de suicídio e sem vida”. Difícil não relacionar a morte da jovem com a mecânica jurídico-institucional, afinal, em instituições como prisões e manicômios, as quais caracterizam-se pela tortura em múltiplas dimensões, a morte por suicídio não deixa de ser induzida pelo próprio funcionamento dessas instituições.

O caso, que ressoa em outros a que se teve acesso, aponta para algumas questões. Primeiramente, é digno de nota o fato de a jovem ter permanecido internada provisoriamente por um ano e dois meses. Como já apontado neste relatório, a internação provisória é uma realidade no sistema de justiça, apesar de haver orientação jurisprudencial diversa. Os dados encontrados na Paraíba chamam a atenção: dos(as) 101 pacientes, 41,58% se encontram em situação de internação provisória e sem sentença judicial definitiva sobre a aplicação ou não da medida. A internação provisória, longe de ser uma exceção, é um padrão.

Outro ponto que merece destaque é a dinâmica que marca a desinternação condicional de Cida e o processo de retorno ao manicômio. Vale realçar que o magistrado, ao decidir pela desinternação condicional, indicou que, se não houvesse, no período de um ano, algum fato indicativo de periculosidade, a ex-interna ficaria livre da medida e das condições judiciais que lhe foram impostas. Ora, como restou comprovado, Cida foi reenviada ao HGP dois anos após a desinternação. Cabe uma reflexão sobre algumas das expressões que estampam o processo: “desinternação condicional” e “alta progressiva”.

Em termos práticos, elas indicam que a jovem deveria cumprir um ano de tratamento ambulatorial próximo à sua residência.

Tal como já foi ressaltado por pesquisas recentes (Antunes, 2022; Mallart, 2021), observa-se que a desinternação condicional – em ressonância ao que acontece no sistema penitenciário – opera como uma progressão de pena. Se os CAPS, gestados no bojo das lutas antimanicomiais, emergem como alternativa ao modelo centrado nas longas internações psiquiátricas, é instigante pensar que, atualmente, alguns desses equipamentos funcionam como extensões dos manicômios, nos quais se cumpre a medida de segurança em uma espécie de regime aberto. Ao menor sinal de desvio, a regressão de regime figura como possibilidade, o que aponta para a existência de relações de continuidade entre as esferas da saúde e do Judiciário e, mais precisamente, a captura da saúde pelo jurídico, visto que a desinternação é determinação judicial a ser cumprida não só pelos(as) ex-internos(as), mas também pelos profissionais dos CAPS, responsáveis pela produção de documentos.

Nesse ponto, cabe um parêntese: em diferentes processos consultados, observa-se que esses fluxos e refluxos entre manicômios judiciais e Centros de Atenção Psicossocial são tão rotineiros que, em alguns casos, como o de Jonas, o processo de execução é uma sucessão de entradas e saídas. O jovem, preso por tentativa de furto em Salvador, na Bahia, é sentenciado a cumprir “medida de segurança de sujeição a tratamento ambulatorial” pelo prazo mínimo de um ano. Diagnosticado com “retardo mental leve, agravado pelo uso de *crack*”, tempos depois, visto que Jonas encontrava-se em situação de rua, sem frequentar o tratamento, a DP requer o acompanhamento do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, pedido deferido pelo juízo competente, o qual, ao afirmar que o apenado não precisa ter cometido novo crime, basta o tratamento se mostrar insuficiente, determina a conversão do tratamento ambulatorial para o regime de internação.

Cerca de quatro meses depois da internação, um exame atesta que a periculosidade está cessada, sugerindo tratamento extra-hospitalar. Na decisão judicial, a presença da família e os planos familiares são decisivos para a concessão do tratamento ambulatorial. O juiz baseia-se na Recomendação n. 35/2011 do CNJ, que orienta a adoção da política antimanicomial na execução das medidas de segurança, preferencialmente em meio aberto.

Poucos dias após a saída, um analista judiciário relata que o pai adotivo e curador de Jonas esteve no cartório para declarar que ele estava “em surto psicótico”, e que havia furtado carne para trocar por drogas. A porta do manicômio reabre. Após manifestação do MP solicitando a reinternação, o juízo decide pelo imediato retorno de Jonas. Dias depois, a DP sublinha que “as entradas e as saídas comprovam que o tratamento por meio de internação em HCT não vem apresentando melhoras ao paciente, que parece ser adicto e não portador de transtorno mental”. Tal como sugerem os casos analisados, os adictos são considerados os “novos portadores de transtorno mental”.

Cerca de nove meses após o confinamento, Jonas é libertado novamente, outra vez, para cumprir tratamento ambulatorial, logo, sob a ameaça de regressão de regime.

Ao passo em que Cida foi internada, desinternada, reinternada e se suicidou quando já estava com nova decisão judicial favorável à desinternação, Jonas, que inicialmente foi enviado para o cumprimento de tratamento ambulatorial, posteriormente, foi internado, desinternado, reinternado e, novamente, desinternado, em um sucessivo entra e sai. Essa movimentação também revela nova faceta da inventividade institucional: a gestão pela circulação dos indesejáveis urbanos.

Por fim, vale ressaltar um último trecho do percurso institucional de Cida. Também marcada pelos excessos de prazo – como destacado, em junho de 2013, sua mãe comparecera ao Setor de Fiscalização de Benefícios e Desenvolvimento Social da VEP para informar que a sua filha havia sido submetida à perícia, em 2012, porém, o laudo jamais fora expedido –, sua história revela uma menção curiosa à EAP que, nos autos processuais, emerge como sendo responsável pela “monitoração” da paciente. Isso leva a mais um tópico. Analisando à luz de outros processos consultados, observa-se como tem se dado a atuação de algumas dessas equipes.

3.2.3 Experimentações: cadeia, tornozeleira eletrônica, comunidades terapêuticas e EAPs

Júlio é natural de Campo Grande/MS. Em 9 de fevereiro de 2018, aos 25 anos de idade, foi denunciado pelo MP por roubar um celular, além de cerca de R\$ 600,00.

Na sentença, proferida em 25 de julho de 2018, o juiz acolhe o laudo pericial, o qual atesta que ele é inimputável por ser “dependente químico em grau grave”; a recomendação é de internação em comunidade terapêutica pelo período de um ano. Para o magistrado, devido às informações do laudo, “a natureza e a considerável gravidade do fato”, a internação é a melhor saída, “não merecendo prosperar o pleito defensivo para tratamento ambulatorial”.

Apenas na remessa do processo para a VEP é possível consultar o laudo. O exame, chamado “Parecer em verificação de dependência toxicológica”, foi realizado por um psiquiatra credenciado junto ao Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul (TJMS). Já no início do documento, observa-se: “Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas, síndrome de dependência, grau grave”. Posteriormente, apresenta-se o histórico de antecedentes, o qual conjuga eventos familiares, patológicos e criminais: não há histórico de atraso neuropsicomotor; tentativas de suicídio; é portador do vírus HIV; há dois anos teve tuberculose; se prostitui desde os 15 anos, “associado ao consumo de drogas e atos infracionais”; estudou até a 6.ª série e teve reprovações na escola; foi casado e teve três filhos; foi preso duas vezes; passou por clínicas de desintoxicação desde os 15 anos de idade.

Para subsidiar a análise dos antecedentes são citados os números dos processos em que Júlio é parte. No Exame Psíquico, é anotado o infantilismo etílico, a impulsividade, a comprovação de vontade patológica e impulsão-compulsão por álcool/drogas. A conclusão e a resposta aos quesitos apresentados pela acusação e pela defesa são pela incapacidade de entender o caráter ilícito dos fatos cometidos em função de dependência química grave.

Recebidos os autos pela Vara de Execução, em outubro de 2018, o juiz determina a internação para tratamento psiquiátrico, já que Júlio ainda estava preso em presídio comum. O juiz manda oficiar a direção da cadeia para que fosse prestada a assistência e o tratamento necessários, e para que remetesse, trimestralmente, um relatório do estado clínico do jovem. Solicita-se também o envio de cópia da decisão ao Secretário Estadual de Direitos Humanos, Assistência Social e Trabalho e ao Procurador Geral de Campo Grande, para disponibilização de vaga “em hospital onde seja possível realizar o tratamento psiquiátrico de que necessita”.

Em 31 de outubro de 2018, a Secretaria Estadual de Direitos Humanos, Assistência Social e Trabalho encaminha “manifestação técnica” sobre o caso, informando que as vagas disponíveis não atendiam ao perfil de Júlio, haja vista que eram destinadas a “atender pessoas com deficiência que não apresentem comportamentos de doença e/ou transtorno mental que podem oferecer risco à integridade dos demais residentes”. Por fim, indica-se uma comunidade terapêutica como o melhor lugar para o “perfil” do jovem. Em 9 de novembro, o juiz dá ciência da manifestação e manda intimar a secretaria para que providencie vaga em hospital com tratamento psiquiátrico.

No período de espera por vaga, em 30 de novembro de 2018, o MP requer a juntada de antecedentes criminais do jovem. Já a penitenciária produz um ofício com uma lista de presos transferidos para outra unidade prisional, em Dois Irmãos do Buriti. No dia 10 de dezembro, por conta da transferência de Júlio, o juiz responsável pela execução da medida de segurança manda remeter os autos processuais ao juízo da cidade do interior.

Em 19 de dezembro de 2018, o secretário estadual de saúde reage a uma solicitação do juízo. Em ofício, diz que, segundo a Lei n. 10.216/2001, os hospitais de custódia tornaram-se passíveis de extinção com a substituição por “medidas terapêuticas de base comunitária com investimento em programas para desinstitucionalização e reabilitação psicossocial”. Ademais, discorre sobre a existência da RAPS como um ponto de cuidado e atendimento de “pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas”. Após a explicação, informa que o “Estado não possui serviços especializados próprios para atendimento em saúde mental”, cabendo ao município e à RAPS resolver questões relacionadas. Apenas em 25 de março de 2019, o juiz da VEP do interior informa a distribuição errada do processo, já que casos de medida de segurança são responsabilidade da VEP de origem. Mesmo com determinação do juiz, o processo segue na comarca de Irmãos do Buriti.

Em 29 de maio de 2019, o promotor substituto requer a realização de um exame de cessação de periculosidade, além de informações sobre o tratamento dispensado a Júlio. Em 4 de junho, a defensora pede a imediata colocação do jovem em tratamento ambulatorial, já que a prisão não é o lugar adequado para o cumprimento de medida de segurança. Solicita também a realização de um exame de cessação de periculosidade com urgência. No dia 5 de junho, o magistrado decide pela realização do exame, com prazo de dez dias. Para a realização do exame, nomeia um perito e fixa honorários a serem pagos pelo Departamento de Finanças do TJMS. Ainda, manda intimar a defesa e a assistência social da prisão para que informem, em cinco dias, a existência de familiares para acolher Júlio em tratamento ambulatorial.

Em 22 de agosto de 2019, um analista judiciário da comarca de Dois Irmãos do Buriti anexa uma certidão informando que Júlio estava no Instituto Penal de Campo Grande. Dada a transferência, o juiz manda remeter os autos, novamente, para a VEP de Campo Grande. Com o processo nesta Vara, o MP e a DP produzem novas perguntas a serem respondidas por um perito. No caso da DP, em março de 2020, a entidade pede prisão domiciliar ou permissão de saída por 120 dias para tratamento de saúde, devido a um atestado médico informando a complicação e o aumento da carga viral do HIV, tuberculose pulmonar e ganglionar, infecção por citomegalovírus e crise convulsiva, além de fístula esofagobrônquica que impedia a alimentação. A situação de adoecimento, inclusive, é motivo da não realização da perícia para verificação de cessação de periculosidade.

Dias depois da petição da defesa – vale lembrar que estava-se em meio à pandemia de covid-19 –, o MP não concorda com a permissão de saída, requerendo o envio de ofício para a administração prisional para “providenciar tratamento médico necessário, cumprindo o art. 14 § 2.º da Lei de Execução Penal”. O juízo, por sua vez, toma a sua decisão no final de março daquele ano: ao considerar “o estado grave de saúde, aliado ao fato de que se encontra no grupo de risco apresentado nas recomendações do CNJ caso seja infectado pelo vírus de covid-19, é cabível a apreciação da prisão domiciliar antes da realização da perícia”. O juiz concede a permissão de saída por 90 dias, desde que condicionada ao uso de monitoramento eletrônico e à entrega de Júlio a um familiar. A perícia é reagendada.

Em 27 de abril de 2020, com Júlio já em liberdade, é juntado um ofício informando o rompimento da tornozeleira, resultando na instauração de Procedimento Administrativo Disciplinar (PAD). A defesa declara ciência; o MP requer a revogação do benefício e a determinação de mandado de prisão. Em 5 de junho, o juiz revoga a permissão de saída e expede mandado de busca e apreensão. No dia 17 de julho, Júlio é preso novamente.

Três dias depois, o juízo solicita a realização do exame de cessação de periculosidade, enviado em 23 de novembro. Nele, o psiquiatra informa que não se nota a cessação de periculosidade e que a internação é a melhor solução; na ausência de HCTP, o melhor seria a sua alocação em uma ala de saúde numa penitenciária de segurança máxima. O MP, então, manifesta-se pela manutenção da medida de segurança “em regime de internação integral”. A defesa declara ciência. Em 23 de março de 2021, o juiz determina a manutenção da medida de segurança “na modalidade de internação” por mais um ano para “continuar o tratamento médico psiquiátrico”. Ressalta-se que todos esses dispositivos mencionados – monitoramento eletrônico, realização de PAD, mandado de prisão e alocação em ala de saúde de unidade prisional comum – são relativos à aplicação de pena, logo, à imputabilidade, e não às medidas de segurança e às pessoas com transtorno mental.

Nesse meio tempo, vem aos autos de execução nova condenação para unificação, datada de 2015. Como na sentença Júlio não fora considerado inimputável, o juiz, o MP e a defesa requerem novo exame de sanidade mental para analisar a possibilidade de conversão da pena em medida de segurança. Em outubro de 2021 – e esse é um ponto de virada na trajetória de Júlio –, a defesa manifesta ciência da nova perícia, mas, ao mesmo tempo, apresenta e explica sobre a existência da EAP. Além disso, informa que o

TJ do Mato Grosso do Sul emitiu o Provimento 222/2020, que orienta o(a) juiz(a) a *priorizar* medidas terapêuticas extra-hospitalares antes de mobilizar unidades de saúde do sistema prisional ou internação hospitalar. Dessa forma, solicita que os exames necessários para a manifestação médica ou laudo sejam feitos no serviço médico de referência da comarca. Em 11 de novembro de 2021, o MP manifesta-se favorável à posição da defesa; o juiz acata o pedido de realização da perícia em CAPS.

Júlio comparece ao CAPS Afrodite, em Campo Grande/MS, em 21 de dezembro de 2021; um relatório da EAP é enviado em 25 de janeiro de 2022. Conforme ofício enviado pela coordenadora da equipe, a avaliação biopsicossocial foi feita junto à ficha de acompanhamento do Plano Terapêutico Singular, com base na Lei n. 10.216/2001 e nos princípios da PNAISP.

O laudo do exame narra a história da doença atual, a história pré-delito, a história do delito e a história pós-delito. Na narrativa biográfica, o psiquiatra traz eventos relacionados ao uso de drogas e de internações e tratamentos anteriores; às relações familiares, escolares e laborais; à motivação do delito e à vida dentro do presídio. Júlio é questionado sobre a “consciência” do delito e do arrependimento, dizendo saber que foi errado e que não pensa em utilizar drogas. O diagnóstico se mantém: síndrome de dependência de múltiplas drogas. Todavia, o que muda é a conclusão. Para os médicos do CAPS, ele não apresenta alta periculosidade, mas, dependência química, a qual necessita de tratamento multiprofissional em um CAPSad, com projeto terapêutico elaborado pela EAP junto ao projeto Reintegra, criado para desinstitucionalizar as pessoas que cumprem medida de segurança em prisões no estado do Mato Grosso do Sul. Em resposta às questões dos atores judiciais, afirma-se que não havia superveniência no último processo juntado e frisa-se a não existência de perigo, bem como a relevância de tratamento ambulatorial por tempo indeterminado. Não se analisa a conversão da pena em medida, mas sugere-se tratamento ambulatorial.

Em 2 de fevereiro, o MP considera tal laudo e a “cessação de periculosidade”, assim, manifestando-se pelo “tratamento em regime ambulatorial com direção terapêutica do Centro de Atenção Psicossocial de referência”. No dia 9 do mesmo mês, o magistrado decide pela “desinternação progressiva” com a liberdade condicional por um ano e o uso de tornozeleira eletrônica. A coordenadora da EAP manifesta ciência acerca da decisão judicial, informando que estava organizando o processo de desinternação em contato com Júlio e sua família, viabilizando vaga no CAPSad em “modalidade de internação” para estabilizar o quadro de saúde mental”, posteriormente, indo para tratamento ambulatorial.

Alguns dias depois, a mencionada coordenadora complementa o ofício, informando que a EAP “concluiu a proposta de Projeto Terapêutico Singular (PTS)”, que contemplará, além de uma consulta inicial no CAPS, o “encaminhamento [de Júlio] para uma Comunidade Terapêutica”. No mesmo documento, a coordenadora expressa o seu posicionamento sobre a tornozeleira eletrônica, afinal, “a instalação do equipamento atenderia, tão somente, às questões judiciais, se houverem. Peço que a instalação da tornozeleira seja reavaliada por este Juízo”. A defesa adere ao pedido de dispensa; o MP não se opõe. Em maio de 2022, o juiz retira a exigência do monitoramento eletrônico.

No dia 19 de outubro de 2022, a coordenadora informa ao juízo que estava acompanhando, junto à RAPS, o tratamento ambulatorial, anexando os comprovantes de atendimento. No mesmo anexo, um relatório mensal do CAPS informa a data do primeiro acolhimento e das consultas, além da localização de Júlio em uma comunidade terapêutica.

Ancorada no Mato Grosso do Sul – estado que não possui manicômio judiciário –, a história de Júlio suscita diversas questões. De partida, nota-se que o jovem é confinado, por longo período, em presídios comuns, situação responsável por agravar o seu estado de saúde, tendo em vista que a prisão é uma máquina de produção e disseminação de distintas doenças (Mallart, 2021). Além disso, como já discutido por alguns autores, independentemente da evolução da epidemiologia dos transtornos mentais e da possível existência destes antes da prisão, o fato é que o sofrimento psíquico, em suas distintas faces, é um elemento constitutivo da vida em detenção (Fassin, 2015). Nesse sentido, a deterioração da saúde física e mental de Júlio está intimamente relacionada ao tempo em que o jovem permaneceu preso.

Esse tempo, entre outros fatores, resulta do jogo de empurra entre estado e município, materializado, por exemplo, na manifestação da Secretaria Estadual de Direitos Humanos, Assistência Social e Trabalho, que ressaltou que as vagas disponíveis não atendiam ao perfil de Júlio, ou mesmo nos argumentos do secretário estadual de saúde, o qual, ao reagir a uma solicitação do juízo, informou que o estado não possuía serviços especializados próprios para atendimento em saúde mental, e que cabia ao município e à RAPS resolver a questão. Em boa medida, tais embates fizeram com que o jovem permanecesse em instituições prisionais.

Nessa direção, é importante destacar a demora para que a EAP fosse acionada, o que ocorre somente após manifestação da DP. Ao mesmo tempo em que a atuação da equipe é decisiva para a saída de Júlio da prisão e a retirada da tornozeleira eletrônica do jovem, chama atenção que, no decorrer do processo, a equipe é responsável pela monitoração do tratamento, tendo obrigação de enviar ao juízo informações sobre consultas, comprovantes de atendimento etc., operando como uma espécie de braço do Poder Judiciário e, portanto, mantendo Júlio atado ao sistema de justiça criminal.

Como um órgão conector entre o Judiciário e a Saúde, há muita expectativa quanto à importância das EAPs no processo de desinstitucionalização das pessoas em medida de segurança. Há que se observar, no entanto, que esse papel, em alguns casos, pode acabar se convertendo em uma espécie de extensão do sistema de justiça. Ao invés de permitir que a pessoa se desvincule do caráter punitivo da medida de segurança, observa-se a prorrogação da vigilância por parte do Judiciário por meio da obrigatoriedade de frequentar os serviços da RAPS, de enviar relatórios mensais e de demonstrar a adesão ao tratamento, sob pena de a pessoa retornar ao regime de internação em hospital de custódia em caso de descumprimento das condicionantes.

Ao monitorar o desempenho da pessoa no tratamento ambulatorial, a EAP acaba por cancelar medidas determinadas pelo Judiciário que não são condizentes com as pretensões do tratamento em liberdade. Não se trata, é bom que se diga, de mera crítica à atuação de tais equipes, mas ao modo como o Judiciário vai incorporando, em sua mecânica punitiva, equipamentos e dispositivos que, inicialmente, foram gestados para

operar em outro registro. É isso o que, em alguma medida, também se passou com os CAPS que, atualmente, operam como uma espécie de espaço de cumprimento da medida de segurança em meio aberto.

Essa atuação como extensão dos operadores do direito, baseada na monitoração do paciente, não parece ser mera particularidade do caso de Júlio. Em novembro de 2015, Brendon, de 20 anos de idade, foi detido pelo roubo de uma bicicleta e de um aparelho celular no Pará. Após passar cerca de dez dias em uma unidade de detenção provisória, é encaminhado ao HGP. A sentença judicial é proferida mais de um ano e meio após a sua prisão, determinando o cumprimento da medida de segurança de internação pelo prazo mínimo de um ano.

O jovem permanece internado até maio de 2020, quando, após a emissão de relatórios e do exame para verificação de cessação de periculosidade, todos favoráveis à desinternação, sugere-se o acompanhamento da EAP com os objetivos de sensibilizar a família em relação à relevância da continuidade do tratamento e de articular as redes de proteção social. O magistrado responsável, tendo como referência a lógica da progressão de pena, afirma que o tratamento ambulatorial deve ser aplicado “progressivamente”, a partir de certas condições, tais como: obter ocupação lícita, recolher-se à residência após as 21h, não fazer uso de álcool e outras drogas, apresentar-se mensalmente ao juízo, ao CAPS e à EAP, cujas equipes são encarregadas de fornecer relatórios mensais. O atendimento à saúde mental e o acompanhamento pela EAP, de dispositivos de garantia de direitos, convertem-se em obrigatoriedade judicial, que condiciona o não retorno à internação.

Em relatório de maio de 2020, a EAP menciona que tem o “objetivo de assegurar o acompanhamento dos pacientes desinternados do HGP em âmbito ambulatorial”, o que ilustra seu papel de monitoração, no sentido de que as determinações judiciais sejam cumpridas pela pessoa desinternada. Ademais, a equipe se compromete a enviar, nos primeiros seis meses de tratamento, relatórios de acompanhamento ao sistema de justiça, o que parece apontar para o fato de que a EAP se soma às instâncias de produção de discursos que alimentam o Judiciário.

A reavaliação da desinternação condicional de Brendon deveria ocorrer após um ano. Entretanto, apenas em agosto de 2023, logo, dois anos depois do prazo, e três anos após a conversão da pena em tratamento ambulatorial, os profissionais da EAP, da CEM/VEP e da República Terapêutica de Passagem são intimados a remeter relatórios de fiscalização e monitoramento com a finalidade de auxiliar o juiz sobre a extinção da medida. Esta é a última movimentação no processo, de modo que não é possível ter acesso aos desdobramentos.

Não é mero detalhe que Brendon tenha passado cinco anos internado e ficado há pelo menos oito anos sendo sancionado pelo judiciário pelo roubo de uma bicicleta e de um aparelho celular, situação que evidencia como a medida de segurança, quando vista em relação ao tratamento ambulatorial, e não em oposição a ele, se estende indefinidamente.

A história de Júlio suscita, ainda, outras questões. Pelo que foi observado no decorrer desta pesquisa, o arranjo entre confinamento carcerário e uso de tornozeleira no Mato Grosso do Sul, estado que não possui manicômio judiciário, tem sido procedimento padrão por parte do sistema de justiça criminal junto à RAPS. De acordo com manifestação judicial encontrada no processo de Júlio: “a instalação do monitoramento eletrônico consiste numa estratégia adotada pelo Projeto Reintegra para a adesão dos pacientes em período de abrigamento no CAPS, antes da alta para tratamento ambulatorial em suas residências”.

No caso de Júlio, o uso do equipamento foi determinado pelo juiz como condição para a permissão de saída por 90 dias para tratamento médico, tendo em vista “o estado de saúde debilitado do condenado” (sic) em função do quadro relacionado à infecção por HIV e outras complicações. Conforme relatório médico, Júlio encontrava-se imuno-deprimido e prostrado, entre outras condições indicativas de séria debilidade de saúde.

Já em outro caso, o de Dagomar, a aplicação da tornozeleira eletrônica é determinada pelo juiz como um requisito para a sua desinternação condicional, a fim de que o sistema de justiça possa fiscalizar o cumprimento das condicionantes. O trecho que segue, retirado da decisão judicial, ilustra o raciocínio que embasa a prática:

[...] necessário o uso de monitoramento eletrônico, já que a tornozeleira permitirá que o Estado possa efetivamente acompanhar o deslocamento do sentenciado e fiscalizar se as condições pré-fixadas estão sendo devidamente cumpridas.

Porém, o monitoramento eletrônico é um dispositivo característico do cumprimento de pena, incompatível com medidas de atenção à saúde mental. Em uma primeira impressão, pode-se supor que o Judiciário esteja buscando ferramentas que efetivem o acompanhamento da pessoa desinternada pela RAPS, e que o monitoramento eletrônico seja uma forma de aumentar a eficácia do tratamento; no entanto, ao conectar o deslocamento da pessoa para o CAPS à tornozeleira eletrônica, o acesso a serviços de saúde ganha, ainda mais fortemente, contornos de cumprimento de pena. O uso do termo “sentenciado” pelo juiz é significativo quanto ao entendimento de equivalência entre a medida de segurança e o cumprimento de pena. Perde-se, assim, o caráter de direito à saúde e reforça-se a dimensão de punição das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Importa ressaltar que a adesão de usuários(as) de serviços de saúde mental depende de fatores relativos ao tratamento, não devendo ser objeto de fiscalização e vigilância.

As análises dos processos de medida de segurança no Mato Grosso do Sul mostram, também, que, em desrespeito ao que preconiza a legislação protetiva, ocorre a internação de pessoas usuárias de drogas em CTs. Observou-se que, no caso de Júlio, a primeira recomendação para sua internação em CT se deu no laudo do exame de sanidade mental, que foi acolhido pelo juiz sem ressalvas. Após passar um período em prisões comuns, quando desinternado, Júlio foi encaminhado a uma CT por articulação da própria EAP como parte do PTS proposto, contrariando as expectativas de que essas equipes atuem em favor do acompanhamento psicossocial de pessoas com transtorno mental.

No que tange às comunidades terapêuticas, o caso de Jane, previamente relatado em tópico anterior, inclui mais alguns elementos ao complexo cenário das medidas de segurança no Mato Grosso do Sul. Lembre-se que Jane havia sido acusada por cometer o crime de tráfico de drogas, em 2017, e considerada inimputável, em 2018, em sentença que reforçava a sua residência como um “ponto de venda de drogas”. O juiz aplicou-lhe medida de segurança de internação pelo prazo mínimo de um ano. No processo, há registros de que a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Brilhante – onde Jane residia –, informa o seguinte ao Judiciário: “encontramos a clínica na qual poderemos internar a paciente”, ou seja, uma comunidade terapêutica localizada no município de Presidente Alves, estado de São Paulo. Sendo assim, na sentença, o juiz determina a sua transferência à clínica e que o estabelecimento “remeta, a cada 6 (seis) meses, relatório quanto ao tratamento da interna”. Em cumprimento da decisão judicial, Jane é transferida à referida clínica – ressalte-se, localizada em outro estado – em ambulância e sob escolta policial em julho de 2018.

Quase um ano depois, em maio de 2019, ainda não há, nos autos, qualquer informação acerca do acompanhamento clínico de Jane. Em agosto daquele ano, a Secretaria Municipal da Saúde encaminha ao juízo uma declaração produzida por outra comunidade terapêutica, desta vez localizada em Barretos/SP, informando que Jane fora transferida para o local há três meses para tratamento de dependência química, custeado pela prefeitura de Rio Brilhante/MS. O documento afirma, ainda, que a “internação está garantida pela Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, uma vez que a paciente vinha colocando em risco sua vida, e a de terceiros”.

Não há mais informações nos autos processuais até que, em junho de 2021, sobrevém novo ofício da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Brilhante encaminhando “relatório de alta” de Jane e informando que “a clínica na qual a paciente se encontra está nos cobrando a retirada da paciente o mais breve possível”. O documento anexo, produzido pela comunidade terapêutica de Barretos, afirma que Jane “completou nesse mês de maio dois anos de tratamento na clínica [X], e encontra-se de ALTA MÉDICA E TERAPÊUTICA, sendo que o tempo de tratamento da mesma já se excedeu”.

Diante da exigência da clínica, em outubro daquele ano, o juiz determina a realização de perícia para a verificação de periculosidade, que é agendada para dezembro. Entretanto, a perícia não foi feita, pois Jane não compareceu à agenda. Supõe-se que, estando internada em uma comunidade terapêutica em outro estado, não houvesse escolta para transportá-la ao Fórum de Rio Brilhante. Em março de 2022, o juiz determina novamente que a perícia seja agendada. Em outubro de 2022, o município de Rio Brilhante, por meio de sua Procuradoria Geral, requer a juntada de documentos produzidos um ano antes, pela Secretaria Municipal de Saúde, reiterando a cobrança da clínica para que Jane seja retirada. Atendendo ao pedido da Promotoria, o juiz emite, então, Carta Precatória ao Juízo da Comarca de Barretos, em São Paulo, para que realize a perícia de verificação de cessação de periculosidade de Jane.

No mês seguinte, em novembro de 2022, advém mais um ofício da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Brilhante, informando a “necessidade de transferência [de Jane] devido ao local [a clínica] não possuir estrutura, e não ser mais possível a continuidade

diante da complexidade da paciente”. O órgão ainda solicita que a responsabilidade pela internação da paciente em hospital do SUS seja conferida ao estado do Mato Grosso do Sul. Já em março de 2023, o procurador do município requer ao juiz a descontinuidade do pagamento do tratamento, e anexa novo relatório da clínica de Barretos informando que Jane “apresenta sintomas residuais de esquizofrenia, como delírios persecutórios, alucinações auditivas, desorganização do comportamento” e necessita de internação em “hospital psiquiátrico, com estrutura para solicitar exames laboratoriais e cuidados com enfermagem continuamente”. O relatório afirma que o caso de Jane, “devido à complexidade e gravidade, não tem indicação de internação em clínica”. Passados cinco anos de internação em comunidades terapêuticas, e mais um ano em prisão comum, pode-se inferir que o quadro de Jane se agravou.

Na ausência de ECTP, representantes do poder público do Mato Grosso do Sul encontraram nas comunidades terapêuticas uma possibilidade de internação. Entretanto, tais estabelecimentos são vedados pela Lei n. 13.840/2019, que determina que as pessoas que fazem uso problemático de drogas devam ser internadas apenas de maneira excepcional e, quando for o caso, em unidades de saúde e hospitais gerais. Essa legislação é clara no seu art. 23-A, § 9.º: “É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras” (Brasil, 2019).

Como é possível perceber, a atuação das EAPs nos casos analisados é paradoxal. Por um lado, elas têm sido importantes no processo de saída da prisão e na solicitação de suspensão do monitoramento eletrônico, por outro, elas também se movimentam no sentido de articular o encaminhamento das pessoas para comunidades terapêuticas e fiscalizam a adesão ao tratamento ambulatorial, mantendo os(as) ex-internos(as) vinculados ao sistema de justiça, portanto, sempre ameaçados de voltar às prisões. Os CAPS, neste sentido, operam como espaços nos quais se cumpre uma espécie de medida de segurança em meio aberto, tendo as EAPs como aparato responsável pela monitoração dos egressos. Desenhadas para realizar a passagem do sistema de justiça para o acesso à saúde, algumas vezes, as EAPs, capturadas pelo Judiciário, produzem a sobreposição desses dois âmbitos: ao abastecer o juízo com laudos e registros, prolongam as medidas de segurança e a vigilância sobre o(a) paciente, bem como submetem as dinâmicas dos serviços psicossociais aos interesses do sistema de punição.

A análise dos processos no âmbito desta pesquisa aponta, portanto, para práticas alarmantes. Em estados nos quais não há manicômios judiciais – como é o caso do Mato Grosso do Sul – outras tecnologias de gestão daqueles considerados indesejáveis e perigosos têm sido usadas. A internação em comunidades terapêuticas e a junção entre encarceramento e utilização de tornozeleiras eletrônicas são exemplos de como o sistema de justiça, aliado às EAPs e à Secretaria de Saúde, de Direitos Humanos e Assistência Social, se rearranja a fim de buscar meios para manter a gestão das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Do ponto de vista da lógica punitiva e carcerária que rege o cumprimento das medidas de segurança, trata-se de uma experimentação exitosa. E que, por isso mesmo, no exato instante em que se discute o fechamento dos manicômios judiciais, deve ser analisada com atenção, tendo como objetivo central a sua não reprodução e, acima de tudo, o seu desmonte.

3.2.4 Os manicômios e a gestão da pequena delinquência urbana

Nas linhas precedentes, observou-se a medida de segurança de internação ser decretada para Marta, que, junto com o seu companheiro, trazia consigo 2,90 gramas de *crack* e 1,96 grama de cocaína; para Joana, indiciada por agressões à figura materna; para João, processado pelo roubo de um celular; e para Jonas, acusado de tentativa de furto.

Bento nasceu em São Borja, no Rio Grande do Sul. Em 5 abril de 2017, aos 19 anos de idade, foi preso preventivamente após um inquérito policial que apurou o roubo de uma bicicleta. Segundo a denúncia do MP, o jovem juntou-se a dois amigos, abordando uma pessoa e empurrando-a da bicicleta. Na ocasião, os três fugiram do local com o objeto. Assim sendo, o promotor apresenta a denúncia baseada no art. 157, § 2.º, inciso II, do Código Penal.

A sentença proferida pelo juízo, em 2 de outubro de 2017, indica que ele não tinha antecedentes, todavia, cita a existência de outro processo em curso, algo que foi considerado como agravante. Ademais, na dosimetria da pena, levou-se em conta a associação com outros acusados. Nesse momento, Bento é julgado como sendo capaz de compreender o grau de reprovação dos seus atos, ou seja, é tido como imputável. Entre os três acusados, é o único condenado ao regime fechado, justamente por conta dos agravantes. O tempo em que esteve preso preventivamente (181 dias) não foi abonado na contagem do tempo de cumprimento de reclusão, fixado em seis anos, nove meses e 19 dias.

Em 19 de abril de 2018, durante o cumprimento da pena, a DP pede a progressão de regime, que poderia ocorrer pelo tempo em que Bento estava encarcerado. Em resposta, o MP se manifesta sem concordar ou discordar abertamente da defesa, mas indica que o apenado estava detido pela “prática de crime de roubo majorado, crime exercido com o emprego de grave ameaça”, solicitando a análise do critério subjetivo a partir de um exame criminológico que avalie “a personalidade e aptidão do detento para a reinserção no convívio social”. Na decisão, o juiz determina a realização do exame e de uma avaliação psicológica.

Logo depois dessa decisão, nova petição da defesa indica a existência de laudo médico pedindo a internação compulsória, em razão de diagnóstico de transtorno mental e comportamental relacionado ao uso de drogas, além de transtorno afetivo bipolar. A mãe de Bento também se manifesta:

Ocorre que ele está muito doente e não tem condições de conviver com outros presos dentro do presídio. Mesmo tomando medicação, depende de outros presos para comer, para tomar banho e até para caminhar. Inclusive, durante o sono ele precisa de observação dos outros presos. Acho que só não ocorreu alguma coisa com ele porque meu outro filho, XXXXX, está preso na mesma cela e cuida dele. Outro dia ele teve que ir de modo emergencial para o hospital. Não queriam levá-lo, mas os outros presos chamaram a atenção dos agentes penitenciários e ele foi levado. Ainda, ele está tomando uma injeção muito forte que vem fazendo mal para ele – ele fica babando, não consegue andar, nem caminhar direito. Ele precisa urgente de prisão domiciliar ou uma internação em hospital, aqui em São Borja [RS]. Não quero que o meu filho seja levado para Porto Alegre – somos pobres e não temos dinheiro para ir para a capital visitá-lo. Ele ficaria completamente desassistido lá.

Em convergência com o laudo, o termo de declaração da figura materna embasa o pedido da defesa de avaliação por um especialista, a internação compulsória na região ou a prisão domiciliar, aliada à internação por um prazo determinado pelo juízo. Dias depois, o MP se manifesta. Na peça juntada ao processo, o promotor indica que “a doença, a dependência química, atinge grande parte da massa carcerária”, e que é necessário “tratamento contra a drogadição”, porém, isso já era suprido pelo estabelecimento penal. Ademais, é contrário ao pedido de prisão domiciliar, renovando a solicitação da análise criminológica. Em nova decisão, o juiz acolhe o parecer do MP e indefere o pedido de prisão domiciliar, justificando que é um regime indicado só para idosos que tenham comorbidades. A defesa, por sua vez, apresenta recurso para que a decisão proferida seja reavaliada.

A partir de agosto de 2018, começam a ser juntados aos autos processuais os ofícios da Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe) – de isolamento disciplinar e de instauração de Processos Administrativos Disciplinares (PADs) – para analisar a conduta de Bento. Esses ofícios retratam o tratamento disciplinar quando há conduta que é “reprovada” pela administração penal. Bento é apontado como alguém indisciplinado por bater nas portas e se insurgir contra agentes penitenciários; em outros momentos, é acusado de colocar fogo no colchão e na cela, tentar fugir e distrair o agente prisional. Tais comportamentos são contestados pela defesa, especialmente em razão do estado de saúde mental de Bento, que, em episódios de “surto”, bate nas portas. Os documentos são utilizados pelo MP para demonstrar a “péssima” conduta do jovem e, assim, requerer o indeferimento da progressão de regime. Repetidamente, a defensora pede a realização de novo exame e explicita a impossibilidade de tratamento de saúde em ambiente prisional. A decisão do juiz é favorável à realização do exame, mas este destaca que não há necessidade de mudança de regime. Até o final de 2018, a situação processual continua a mesma, com petições da defesa, pareceres negativos do MP e decisões do juiz alinhadas ao promotor, ainda que acate pedidos de exame.

Em 2019, os posicionamentos da defesa, MP e juízo seguem parecidos. São trazidos aos autos novos ofícios, PADs e petições da defesa, as quais versam sobre a necessidade de tratamento de saúde mental. Um laudo elaborado por um psicólogo da Susepe diz que a agressividade do apenado está ligada à sintomatologia de suas doenças e que o seu “estado psicológico apresenta risco físico (contra si e os demais apenados), degradação psicológica e moral”. É nesse momento que é sugerida uma avaliação no Instituto Psiquiátrico Forense. Na esteira dos laudos e exames acerca da existência de doença mental, um *e-mail* do CAPSad é juntado ao processo, informando que o jovem fez tratamento desde 2010, em virtude dos seus sintomas compatíveis com esquizofrenia paranoide e histórico de uso de múltiplas drogas.

Em determinado momento, a atuação da DP é substituída por um advogado constituído, o qual tenta apelar para o livramento condicional e contrapor-se aos PADs. Esse mesmo advogado não permanece nem por um ano no caso, pois informa que não pode dialogar com o cliente devido à condição de medicalização em que Bento se encontrava, além da família não poder arcar com os custos da defesa.

Em 2020, os posicionamentos dos operadores do direito permanecem inalterados. Em 2021, a estratégia da defesa, ainda, é solicitar a realização de um exame ou de um laudo que comprove a necessidade de tratamento de saúde, mesmo que isso signifique reiterar o pedido de novo ou já existente laudo ao IPF. O pedido de perícia também é reiterado pelo MP e pelo juiz; este último determina que o IPF seja oficiado para enviar a avaliação feita em 2019, no período em que Bento ficou oito dias internado temporariamente. Em resposta, o IPF envia cópias das evoluções descritas em prontuário médico. Nas papeletas escritas à mão, estão anotados os horários dos atendimentos psicológicos e os contatos telefônico e presencial realizados com a mãe. Em relação à perícia médica, não há laudo, já que não fora determinada judicialmente a realização; Bento só fez breve “tratamento” na instituição. Dada a inexistência do documento, MP e defesa pedem a sua realização, deferida pelo juízo.

Em 2022, o laudo opina pela “conversão de pena em medida de segurança”, atestando a existência de diagnósticos positivos para quatro classificações do CID 10: transtorno esquizofrênico paranoide; abuso de maconha; abuso de cocaína; e retardo mental leve. O perito indica a medida de segurança para o cumprimento “em nosso Instituto, entendendo-se que a periculosidade do avaliado não pode ser considerada leve”.

A defesa admite a existência de “grave comprometimento mental” atestado pelo laudo, porém, tensiona para que ele não seja internado compulsoriamente, já que falta menos de um ano para o término da pena, havendo o requisito objetivo para livramento condicional. O MP requer a substituição da pena por medida de segurança, na forma de internação. Por fim, o magistrado, “em conformidade com o laudo, bem como para acautelar a ordem pública e social, tendo em vista a periculosidade social do apenado”, substitui a pena pela medida de segurança de internação, sem estabelecer prazo mínimo. A partir de setembro de 2022, Bento é transferido ao IPF. O juiz da VEP fixa o prazo mínimo em um ano e solicita o plano terapêutico individual, novo laudo psiquiátrico e um estudo psicossocial, os quais, até o momento em que as análises foram realizadas, não haviam sido remetidos.

Longe dos estereótipos projetados sobre todos(as) aqueles(as) que cumprem a medida de segurança de internação, os(as) quais espelham a imagem de criminosos perigosos, assassinos em série, parricidas e psicopatas de toda a ordem, o confinamento nos hospitais de custódia vem sendo usado na gestão do que pode-se chamar de “pequena delinquência urbana”, ou, em termos jurídicos, em casos que envolvem crimes de pequeno potencial ofensivo. Trata-se, na verdade, de usuários(as) de drogas, roubos de celulares, furtos de frutas e cigarros, agressões intrafamiliares, subtração de ínfimas quantias em dinheiro.

A trajetória de Bruno, nascido em Salvador, com 48 anos de idade, é mais um capítulo nesse enredo. O caso chamou a atenção durante a pesquisa de campo no HCT-BA por ele estar internado pela quinta vez, todas por furto ou tentativa de furto. A mais recente detenção ocorreu em agosto de 2023 por tentar furtar equipamentos de som de uma igreja. Bruno confessou o delito, afirmando que venderia os itens para comprar comida.

Cerca de 20 dias após a prisão, a direção da Cadeia Pública onde estava custodiado encaminha um *e-mail* ao juiz, informando que Bruno passou por psiquiatra da unidade,

que diagnosticou “quadro psicótico, necessitando de encaminhamento” para HCT, “com risco de severo ônus ao seu estado de saúde, se assim não [fosse] procedido”. Passados mais 20 dias, diante da falta de qualquer resposta judicial, a direção envia novo *e-mail* ao juiz, reiterando a necessidade de transferência ao HCT. Tal correspondência tem como anexo outro relatório médico, o qual informa conflitos com colegas de encarceramento, “o uso compulsivo de SPAs [substâncias psicoativas] e a vivência nas ruas”. O documento relata que ele apresenta aparência incomum, barba bizarramente cortada, lesão em primeiro quirodátilo direito (por chupar dedo), risos imotivados, pensamento alucinatório.

Diante dessa comunicação, o juiz decide pela instauração do incidente de insanidade mental e determina a transferência de Bruno para o HCT, o que ocorre cerca de uma semana depois. Bruno está privado de liberdade, portanto, por uma tentativa de furto.

Com efeito, seria possível continuar narrando outros casos semelhantes, entre os quais o de Marcelo, preso por subtrair frutas, refrigerantes, um achocolatado e cigarros de um pequeno mercado situado no município de Riachão do Jacuípe, na Bahia. Ou, ainda no mesmo estado, o caso de Benedito, detido após tomar para si uma bicicleta da residência de um casal.

Casos como esses, assim como os de Marta, João e Jonas, são retratos de uma parcela da população da qual se ocupam os manicômios judiciais e, mais amplamente, o sistema de justiça criminal. Pessoas pobres, em situação de rua e sofrimento psíquico. Mantidas privadas de liberdade e confinadas em manicômios judiciais por delitos de baixa significância, de pequeno potencial ofensivo. Entre detenções e solturas, internações e transferências, muitas delas circulam, há anos, pelo sistema penal – no caso de Bruno, por exemplo, são cerca de 17 anos alternando circulações e confinamentos. Não se trata, portanto, de repetir as monótonas afirmações de que “esses sujeitos são assim porque o Estado jamais esteve presente em suas vidas”. Ao contrário, essas histórias são o efeito da presença massiva do Estado, seja na chave das internações, castigos e punições, seja no âmbito das avaliações psiquiátricas, dos exames e tratamentos ininterruptos, os quais parecem produzir existências encapsuladas entre manicômios, prisões, CAPS, comunidades terapêuticas e a vida nas ruas.

Nas linhas precedentes, a partir da análise de processos judiciais e da reconstrução de fragmentos das vidas de homens e mulheres capturados pela maquinaria médico-jurídica que caracteriza as medidas de segurança, veem-se esboçar algumas dinâmicas que marcam os modos de gestão das pessoas confinadas em manicômios judiciais, entre as quais se destacam: a) a existência de uma discursividade em torno da questão das drogas, central nas mecânicas de funcionamento do sistema de justiça criminal e nos discursos médico-psiquiátricos; b) os tempos para a produção de exames, laudos, decisões, entre outros documentos, caracterizados pelos excessos de prazo, e que estendem ainda mais a medida de segurança, já marcada pela indeterminação temporal; c) os nexos que articulam os manicômios judiciais aos CAPS, fazendo que a ameaça de uma reinternação, embasada na lógica penitenciária da regressão de regime, esteja sempre no horizonte; d) a reinscrição contemporânea da medida de segurança como tática de gestão da “pequena delinquência urbana” ou, em termos jurídicos, como forma de gerir

crimes de menor potencial ofensivo, e, por fim; e e) as EAPs que, em certas ocasiões, surgem como braço do Judiciário, responsáveis pela monitoração dos(as) pacientes, mantendo-os(as) atados(as) ao sistema de justiça criminal.

Observe-se como as dinâmicas descritas ao longo dessa seção se repõem nos três casos analisados em profundidade. Se, por um lado, esses casos espelham o funcionamento geral das políticas direcionadas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, por outro, eles permitem lançar luz sobre aspectos específicos que os constituem.

3.3 Estudos de caso em profundidade

3.3.1 Bernardo e a longa internação

Bernardo foi preso em 1996 e, ao menos até setembro de 2023, encontrava-se custodiado no HGP, no Pará, aguardando mais uma perícia. Está privado de liberdade, portanto, há 27 anos, dos quais 13 em unidades prisionais comuns e 14 no manicômio judiciário. O seu caso foi selecionado para o estudo aprofundado por permitir compreender as diversas dinâmicas médico-jurídicas que produzem internações de longa duração de pessoas com transtorno mental, ao arrepio da legislação e sem que haja perspectiva de que elas encontrem a liberdade.

O histórico de conflito com a lei começa ainda na adolescência, com internações no Pará e Piauí. Os vários relatórios que compõem o seu extenso processo judicial mencionam reiteradamente um histórico familiar conturbado e uma infância marcada por violências. Embora os laudos e relatórios técnicos que compõem o seu processo não estabeleçam uma relação direta entre a sua história de vida e os diagnósticos atribuídos a ele, as constantes menções à “família desestruturada” sugerem uma linha explicativa para o transtorno mental que ele viria a desenvolver. Ademais, o uso de drogas e as experiências sexuais, ainda na infância, servem como indicativos de uma conduta desviante, que já apresenta, desde a mais tenra idade, as suas primeiras manifestações.

Aos 18 anos de idade, como resultado de desentendimentos com um conhecido, Bernardo é preso após cometer um homicídio. Depois de três anos, foge da prisão na qual cumpria pena em regime semiaberto, sendo recapturado meses depois. Desde 1999, encontra-se detido ininterruptamente, primeiro em regime fechado, e depois na modalidade de internação.

Em 2000, diante da solicitação de progressão do regime fechado para o semiaberto, a juíza argumenta que, de acordo com o setor de psicologia do Centro de Recuperação de Americano II (CRA II), Bernardo possui “personalidade prejudicada por fortes traços desviantes com valores éticos, morais e sociais comprometidos”. Ele necessita, segundo a magistrada, “de um intenso acompanhamento psicossocial”. Em um documento de 2007, do mesmo setor, solicita-se à direção da unidade prisional que seja realizada uma avaliação psiquiátrica no Hospital de Clínicas Gaspar Viana. O documento diz, ainda, que, até aquele instante, não fora “possível viabilizar por outros meios atendimento psiquiátrico ao mesmo”. As primeiras informações acerca dos medicamentos psiquiátricos remontam,

assim, à data de 2007, logo após ter sido concedida a autorização para atendimento psiquiátrico no hospital.

Até o ano de 2009, Bernardo é transferido várias vezes entre as unidades prisionais estaduais, cometendo outros delitos, e tendo a sua pena estabelecida em mais de 33 anos. A transferência para o manicômio judiciário, em fevereiro daquele ano, é deliberada pela SEAP, a antiga Susipe, sem qualquer decisão judicial a respeito. Conforme prontuário médico juntado aos autos processuais, foi enviado para tratamento psiquiátrico por “comportamentos suspeitos”.

Cerca de um mês e meio após sua transferência ao HGP, Bernardo tenta suicídio. Não há, em seu processo, maiores detalhes sobre o que teria ocorrido, apenas o registro sucinto, no prontuário médico, informando a tentativa de se matar “com a capa do colchão, não conseguindo, jogou-se de encontro ao chão”, o que teria ocasionado um sangramento por uma possível fratura no nariz. Duas semanas depois, também em seu prontuário, consta que “ainda [tem] pensamentos suicidas”.

Dois anos e três meses depois da transferência ao HGP, o juiz determina que a SEAP informe os motivos que levaram à internação de Bernardo, tendo em vista que não havia incidente de insanidade mental ou qualquer outra decisão judicial sobre essa movimentação. Diante da ausência de respostas, o juiz reitera, em fevereiro de 2012 – logo, três anos depois da transferência ao manicômio –, a solicitação de informações. Apenas em março de 2012, o magistrado instaura o incidente de conversão da pena em medida de segurança e determina a realização de laudo de sanidade mental em até 45 dias.

A portaria relativa a este incidente é instaurada em julho de 2012, quatro meses depois da determinação judicial. É interessante notar a inversão ocorrida: a transferência de Bernardo para o manicômio judiciário se deu, irregularmente, sem qualquer decisão judicial, como medida administrativa da SEAP; ele foi mantido internado por três anos até que o Judiciário, ao constatar a irregularidade, tentasse regularizar o caso, instaurando tardiamente o incidente de conversão, sem qualquer determinação de transferência para prisão comum – onde ele deveria, em tese, estar custodiado para cumprimento da sentença que fora aplicada.

Em novembro daquele ano, são produzidos e enviados ao Judiciário os primeiros relatórios psicológico, social e de enfermagem. A perícia é agendada para nove meses depois, em abril de 2013. No entanto, apesar de Bernardo ter sido levado ao IML, o exame não foi realizado por conta de problemas de saúde do perito. A perícia tampouco é feita na data seguinte, em maio de 2013, pois Bernardo não pôde ser levado ao instituto por falta de uma viatura para a escolta. O exame só é, de fato, realizado em agosto de 2013, quatro anos e meio depois de ele ter sido transferido para o HGP e um ano e cinco meses depois da determinação judicial.

O laudo apresenta o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial (CID 10 – F60.2). Afirma que Bernardo é semi-imputável e que deveria permanecer no hospital de custódia, já que “em outro local estará sujeito a interferência maléfica das drogas”. Chama a atenção a leitura antecipatória a respeito de possíveis efeitos do uso de drogas, bem como o propósito de interdição de conduta que a internação possui. Assim como

nos casos relatados na primeira sessão desta parte, os discursos sobre as drogas ocupam lugar de destaque, articulados ao diagnóstico psiquiátrico, na manutenção da internação.

Mais de um ano após a perícia, em novembro de 2014, a direção do HGP solicita ao IML uma cópia do laudo. Entre 2015 e 2017, a DP e o MP discutem o cálculo da pena de Bernardo. Trata-se de situação insólita, uma vez que não há, até então, qualquer decisão judicial acerca da conversão da pena em medida de segurança – a despeito da instauração do incidente de insanidade mental e da realização do exame de sanidade mental. Já em 2018, a DP, baseando-se na ausência de decisão judicial e no fato de que, formalmente, Bernardo estava cumprindo uma pena, solicita a progressão de regime. Nesse momento, a DPE invoca a Lei n. 10.216/2001 para demandar tratamento em meio aberto e argumenta que, por se tratar de pessoa semi-imputável, não cabe aplicação de medida de segurança.

No documento produzido pela defesa emerge a informação – que podia ser deduzida a partir dos longos prazos para o agendamento de perícia – de que a realização dos exames psiquiátricos no IML estava dificultada pelo número insuficiente de peritos. Nesse ponto, é relevante notar como o dado sobre a inviabilidade da realização de perícias nos prazos determinados surge tardiamente, seis anos depois da instauração do incidente e nove anos depois da internação de Bernardo no HGP. Assim, uma informação com tamanha importância não foi objeto de atenção de nenhum dos órgãos do sistema de justiça até esse instante. Em realidade, mesmo com a observação realizada pela DPE, não há, na sequência, nenhum movimento por parte do MP e do Judiciário no sentido de reverter essa situação.

Em maio de 2018, quando Bernardo já estava internado há nove anos e privado de liberdade há 19, a juíza nota que o incidente instaurado em 2012 não foi concluído. Diante da constatação, determina a realização de novo laudo pericial e de novos relatórios técnicos. A informação sobre a escassez de peritos não parece relevante. A determinação de realização de nova perícia é feita como se tudo transcorresse dentro da normalidade.

A partir de 2018, começam a surgir, nos relatórios, leituras divergentes acerca da premência da internação de Bernardo. Em relatório psicológico elaborado pela Central da Equipe Multidisciplinar da Vara de Execuções Penais (CEM-VEP), afirma-se que ele tem condições de ser responsabilizado pelos atos que cometeu e que não há benefícios, em casos como o dele, de internação no HGP. O documento cita, ainda, autores que propõem “a criação de prisões e celas especiais” para as pessoas com diagnóstico de psicopatia. De acordo com o parecer, tratamentos psicoterápicos e medicamentosos, além da internação, não são métodos eficazes nesses casos.

No mesmo ano, a EAP produz o seu primeiro relatório do caso. A equipe inclui o diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas (CID 10 – F.19) e afirma que não há interferência no juízo da realidade. Aqui, o tema das drogas surge novamente, desta vez, no diagnóstico atribuído ao jovem. Além disso, a EAP sugere que Bernardo cumpra o restante da pena em presídio comum, atuando na contramão das políticas antimanicomiais. Ao invés de criar uma rota de saída, possibilitando a interrupção de um longo processo de internação, a sugestão da equipe de

transferi-lo ao presídio comum – de onde, aliás, ele viera – apenas reforça o circuito de privação de liberdade.

Em janeiro de 2019, portanto, oito meses após a determinação judicial, a direção do IML informa que a perícia foi agendada para fevereiro de 2020, mais de um ano adiante. Por meio de um dos documentos inseridos nos autos processuais, percebe-se que o diretor do HGP, em 2019, informa à juíza que ainda não possuía cópia do laudo realizado, em 2013, e que a unidade não dispunha de médico psiquiatra no quadro funcional.

Em agosto do mesmo ano, novo relatório da EAP revela mudanças: Bernardo estava “instável clinicamente” e com a sua “saúde mental comprometida”. Ele se apresentava agitado, desorientado, com fala lenta, com dificuldades de atenção, confuso e “inacessível ao diálogo”. É nesse relatório que surge pela primeira vez o diagnóstico de esquizofrenia (F.20), somado ao diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas (F.19). O documento também traz a informação de que não estava fazendo “uso devido” da medicação prescrita, pois ela estava em falta na unidade. A equipe sugere que ele permaneça internado no HGP por apresentar “perigo para si e para terceiros”. Chama a atenção que a EAP, criada à luz da lei antimanicomial, use a noção de “perigo” para sustentar a manutenção da internação de Bernardo, ao invés de indicar opções para que ele fosse acompanhado de modo a ter seus direitos respeitados.

Em ofício de fevereiro de 2020, o IML informa à juíza que Bernardo não foi ao exame pericial, sem que haja qualquer explicação ou outros detalhes a respeito do tema no decorrer do processo. Diante de reiteradas solicitações da juíza, o HGP envia relatório multiprofissional que traz nova versão: Bernardo não deveria permanecer na unidade, “tendo em vista que o seu quadro sintomatológico é sugestivo à abstinência de drogas”, e que deveria ter acompanhamento ambulatorial. Essa nova versão traz um ponto de vista diferente do que vigorava até então no processo: se, antes, as drogas eram tidas como justificativa para a internação, neste relatório, são a razão para que ele receba o tratamento ambulatorial, indicando, assim, uma disputa em relação ao usuário de droga como público-alvo da medida de segurança de internação.

Em novembro de 2020 – nove meses depois da perícia que não foi realizada –, o IML informa ao juiz a realização de novo agendamento, desta vez para setembro de 2021, dez meses adiante. No decorrer dos meses de 2020, a VEP solicita sucessivas vezes à EAP, ao CEM/VEP e ao HGP o envio de relatórios técnicos que subsidiem a decisão judicial acerca da conversão da pena em medida de segurança. Além disso, no mesmo mês de novembro, o médico infectologista do HGP diz, em parecer médico, que ele apresentava “bom estado geral” e deveria “dar continuidade ao tratamento a nível ambulatorial”.

Em dezembro do mesmo ano, a EAP envia novo relatório que, mais uma vez, informa a falta de medicamentos no HGP e sugere a desinternação condicional diante da necessidade de Bernardo por moradia assistida. O documento também diz que Bernardo relatava estar “cansado de um longo período de internação no sistema penitenciário” e que “gostaria de ter uma oportunidade de recomeçar sua vida”. A essa altura, Bernardo estava com 40 anos, não estudou, nem se qualificou profissionalmente ao longo da internação.

Diante de solicitação do juízo, a perícia é antecipada para fevereiro de 2021. Trata-se de um exame de verificação de cessação de periculosidade, apesar de não haver, até então, qualquer decisão sobre o incidente de conversão da pena em medida. Os termos são parecidos – às vezes idênticos – com os do exame anterior, concluindo novamente que Bernardo era semi-inimputável e devia “continuar recebendo tratamento em ambiente terapêutico, fechado e protegido”, pois, “em outro local, estará sujeito a interferência maléfica das drogas”.

Em novo relatório do CEM/VEP, surge a hipótese de que os sintomas do interno estão associados não apenas ao seu histórico de uso de drogas, mas ao longo período de encarceramento. O documento afirma que “o ambiente prisional é por si só estressante e que, por isso, contribui sobremaneira para gerar dificuldade de ajustamento e problemas psíquicos nos presos”. A despeito disso, a técnica conclui que Bernardo devia permanecer no HGP “sob uma supervisão vigilante”.

Diante desses novos relatórios, o MP defende a permanência de Bernardo no HGP, sob o argumento da “responsabilidade estatal e o interesse público em zelar pela paz social e promover o adequado tratamento ao portador de transtornos mentais com vistas à reinserção social”. A DP, por sua vez, perde o prazo e não se manifesta. A falta de defesa diligente é notória no decorrer de todo o processo, sobretudo às vésperas da decisão judicial acerca do incidente de conversão.

Em abril de 2021, ou seja, nove anos depois da instauração do incidente, 12 anos depois da transferência para o HGP e estando privado de liberdade há 22 anos –, o juiz decide pela conversão da pena em medida de segurança. De acordo com ele, em que pese a Lei da Reforma Psiquiátrica e a orientação do CNJ (Resolução n. 113/2010):

[...] o apenado ainda não conta com possibilidades de tratamento fora do âmbito da Casa Penal. Isto porque, apesar do laudo psiquiátrico-legal indicar que é proscrita a permanência de pacientes desta categoria em ambientes hospitalares, a realidade é que o sistema carcerário não conta com estrutura necessária para o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental em casas penais do regime comum.

O juiz ainda afirma que “o paciente encontra-se inserido e pertencente ao ambiente hospitalar, sendo contraindicada a sua retirada abrupta”. Paradoxalmente, o sistema de justiça criminal interna a pessoa e depois argumenta, ao revisar essa mesma internação, que ela está “inserida” e, por isso, a desinternação não seria indicada – apesar de os técnicos do HGP afirmarem, em mais de uma ocasião, que recomendavam que Bernardo fosse encaminhado ao tratamento ambulatorial. Ademais, o magistrado decide que o grau de sociabilidade deve ser reavaliado após um ano da última perícia, isto é, dali a pouco mais de oito meses. Ele determina, também, que o HGP apresente o plano terapêutico singular, o que não foi realizado, até onde foi possível acompanhar o processo.

A fim de facilitar a compreensão dos tempos processuais, pode-se resumir da seguinte forma: preso pela primeira vez em 1996, foi recapturado em 1999, depois de alguns meses foragido; está privado de liberdade há 27 anos; em 2009, foi transferido de uma unidade prisional comum para o HGP; o incidente de conversão da pena em medida de segurança foi instaurado em 2012; a perícia de sanidade mental foi realizada em 2013; o incidente foi decidido pelo Judiciário em 2021. É digno de nota que todos os prazos

estabelecidos pelo juízo para a realização de exames, produção de laudos e envio de informações foram sistematicamente descumpridos pelos órgãos responsáveis; algumas das determinações nunca foram cumpridas. Além disso, os prazos entre as solicitações de agendamento de perícia e a data prevista para o exame são enormes, período em que o processo fica estagnado.

Cinco meses depois da decisão judicial sobre o incidente, o HGP envia parecer médico dizendo, novamente, que Bernardo deveria “dar continuidade a seu tratamento em âmbito ambulatorial”. Em mais um relatório multiprofissional, o corpo técnico do hospital de custódia reafirma, três meses depois – em dezembro de 2021 – que:

No último ano não houve melhora no quadro clínico do interno, avalia-se que a permanência na unidade prisional tem contribuído para o agravamento do quadro sintomatológico [...]. Propõe-se assim a conversão de medida de segurança de internação para medida de segurança ambulatorial.

Ressalta-se que a equipe do HGP avalia que a internação de Bernardo contribui para o agravamento de seu quadro de saúde. O relatório questiona, ainda, o próprio tratamento dispensado pelo HGP: “Com o modelo atual de tratamento ao louco infrator que esta Unidade Prisional pode dispor, o processo de ressocialização do apenado se torna mais difícil, sendo inviável devolvê-lo à sociedade melhor do que ele se encontra”.

Caracterizando o quadro como “cronificado”, a equipe argumenta que “esses sintomas jamais podem ser motivos para o seu aprisionamento. A loucura é de livre existência e permanência”. Mencionando a Lei n. 10.216/2001, os técnicos afirmam que “as grades, as armas de elastômero, os sprays de pimenta, algemas, ordens de procedimentos e punições não deveriam caracterizar terapêutica clínica de cuidado no modelo de internação”. Nesse ponto, chama a atenção que a equipe liste uma série de procedimentos repressivos; apesar de não afirmarem diretamente, depreende-se que tais técnicas seriam realizadas no HGP, indicando contexto geral de controle e punição.

Seis meses depois, em junho de 2022, a VEP observa o esgotamento do prazo para a realização de nova perícia, determinada para janeiro daquele ano. A Coordenadoria de Psiquiatria Forense agenda o exame para agosto; o perito, no laudo apresentado, defende a “manutenção da MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO”, devido ao “alto risco de reincidência de atos delituosos, mantendo sua periculosidade”. É de se notar que, na perícia, Bernardo estava emagrecido e tinha a fala “arrastada e lentificada”.

Diante do parecer, o MP se manifesta, mencionando a luta antimanicomial:

[...] concordamos que o fim dos manicômios judiciais deve ser medida a ser buscada com urgência” [...] [A]ssim como o STF já reconheceu a superlotação carcerária como um Estado de Coisas inconstitucional, também poderia reconhecer como tal a existência dos manicômios judiciais. Porém ela deve ser feita de forma gradativa e criteriosa.

Invocando princípios da boa gestão administrativa, o promotor diz que “é indiscutível que o estado do Pará ainda não goza de estrutura adequada para atender a demanda de um fechamento imediato do HGP” e que é “evidente que a sociedade estará em grave e iminente risco se o caso não for tratado com o cuidado necessário”. Diante da falta de unanimidade sobre a desinternação, solicita mais um parecer ao IML.

No ano de 2023, a SEAP envia novo relatório produzido pela equipe técnica do HGP. No documento, os profissionais afirmam que a permanência na unidade pode agravar sintomas “devido à falta de tratamento adequado a sua condição” e propõem, uma vez mais, a conversão da medida de internação em medida de segurança ambulatorial: “o tratamento biopsicossocial, [...] quando realizado na rede do Sistema Único de Saúde, se faz mais efetivo do que em ambiente carcerário”. Os sintomas crônicos “jamais podem ser motivos para o aprisionamento”. O relatório traz, ainda, informações sobre o estado de cronificação de Bernardo, que apresentava fala lentificada e de difícil compreensão, delírios e alucinações, sobretudo na sua cela. Na ocasião, ele se mostrava com o encadeamento de ideias prejudicado e com baixa motivação e iniciativa. A cada dia, se recolhia mais, tendo dificuldades de buscar interação com outros internos. Os técnicos supõem que seus sintomas “provavelmente [são] decorrentes da cronificação da doença, sobretudo pelos anos de reclusão” – que somavam, então, 26 anos. Por fim, o relatório informa que Bernardo não possuía documentos pessoais e que a unidade solicitaria a emissão da segunda via da certidão de nascimento.

No mês seguinte, em fevereiro de 2023, envia-se o relatório psicológico elaborado pela CEM/VEP. Ao sugerir tratamento ambulatorial em unidade de acolhimento integral e o processo gradual e progressivo de desinternação, a analista judiciária traz mais informações sobre as condições nas quais se encontrava Bernardo, dizendo que ele se sentia muito só e que buscava espaços gradeados, ao invés de permanecer em convívio com as demais pessoas presas na unidade. Além disso, diz que ele tinha apenas uma muda de roupa, o que é indicativo da precariedade material da vida no manicômio. A técnica afirma que agentes prisionais mais antigos relatam que, por ser sugestível e desconfiado, ele era “usado para ‘eliminar’ pessoas indesejadas no sistema”. O relatório menciona a hipótese de que os sintomas persecutórios e cronificados tenham sido desenvolvidos no cárcere e que, hoje, se encontra em situação de extrema vulnerabilidade e com dificuldade de se expressar. Como uma corrente expressão utilizada nas ruas, se não é loucura que o conduziu ao cárcere, o cárcere certamente produziu loucura.

Em seguida, o juiz solicita à EAP a realização de novo relatório, especificando a exigência de participação de psiquiatra no laudo e indicando se a medida mais adequada era de internação ou tratamento ambulatorial. A EAP apresenta o relatório – sem a participação do psiquiatra –, dizendo que ele estava agitado e ansioso com a entrevista, com dificuldade de dicção, afeto embotado, dificuldade em fazer contato visual e juízo crítico comprometido. Seu quadro de saúde mental era estável e não apresentava sinais de agressividade e registros de episódios de violência. A EAP, ao sugerir a “progressão na medida de segurança em modelo ambulatorial”, compromete-se a monitorar in loco as condições de acompanhamento pelo SUS e SUAS, orientando profissionais do município. A equipe recomenda, ainda, que ele seja assistido em RT.

O Judiciário, insatisfeito com o relatório, reitera a solicitação de parecer com a participação do psiquiatra. O MP manifesta-se, não convencido acerca da segurança para “colocar o apenado, de imediato, em tratamento ambulatorial, sobretudo porque chegou ao [...] conhecimento [...] que o atendimento na Rede de Atenção Psicossocial não tem sido satisfatório [em casos de desinternação], até mesmo com relatos da falta no fornecimento de remédios pelo SUS”. É interessante observar que não há qualquer

notícia, no processo, de que o MP tenha pedido providências quanto à reiterada falta de medicamentos no HGP ou ao tratamento precário oferecido pelo manicômio, colocando, todavia, essa questão como impedimento para que Bernardo recebesse tratamento ambulatorial.

A DP, que não atuava no caso desde julho de 2019, peticiona em maio de 2023, solicitando a conversão da medida de internação em tratamento ambulatorial. O órgão argumenta que as condições e estruturas do HGP são inadequadas e que cabe ao Estado garantir tratamento especializado na rede pública de atenção à saúde mental. Caracteriza, ainda, o “encarceramento manicomial” como “nefasto”. A entidade requer, portanto, vaga em RT e o tratamento ambulatorial “visando cessar a privação da liberdade em condições desumanas e degradantes”.

No mês seguinte, junho de 2023, o juiz profere a decisão, na qual não considera os argumentos levantados nos relatórios da própria equipe do HGP de que a internação não só é ineficaz do ponto de vista do tratamento, como também leva ao agravamento do quadro. A peça judicial se baseia no laudo do IML, mencionando o “alto risco de reincidência de atos delituosos” para afirmar que “o paciente não apresenta condições de retorno ao convívio social”. Mantém-se a medida de segurança de internação. O IML informa que nova perícia já foi agendada para setembro de 2023.

O caso de Bernardo suscita diversas questões sobre os processos de longa internação. A respeito dos longos intervalos de tempo, a ausência de decisões judiciais é decisiva para a permanência prolongada de Bernardo no HGP. Como ilustração do papel do Judiciário na extensão da internação de pessoas com transtorno mental, vale recordar que Bernardo foi internado no HGP em 2009, o incidente de conversão da pena em medida de segurança foi instaurado em 2012 e a decisão judicial a respeito do tema foi proferida apenas em 2021; em suma, o Judiciário levou 12 anos para decidir sobre a situação processual de Bernardo.

Este caso reflete contexto mais amplo, observado, na presente pesquisa, no estado do Pará. Como demonstram os dados mencionados na parte 1, na seção sobre a “Situação Processual”, metade (54,55%) das pessoas internadas no HGP está em situação de internação prolongada (acima de seis anos). Além disso, as pessoas ficam, em média, 55,9 meses na instituição. Embora o caso de Bernardo seja extremo, ele também permite ilustrar o contexto de um estado que tem as internações prolongadas como marca.

Ademais, os argumentos mobilizados nos laudos do IML também convergem com outros achados desta pesquisa, segundo os quais os principais motivos alegados para a não desinternação/cessação de periculosidade se ligam à periculosidade/risco de reincidência, avaliação psiquiátrica/comportamental e cognitiva desfavorável e alegada incapacidade de convívio em sociedade. Estas mesmas razões são usadas, tanto no caso de Bernardo quanto na maioria dos casos analisados, nas decisões judiciais pela manutenção da internação.

Com efeito, a produção de laudos também se articula com o prolongamento da internação. Por um lado, eles são escassos, tendo em vista que as instituições responsáveis pela custódia de pessoas em medida de segurança deveriam produzir relatórios

regularmente; por outro, a solicitação de novos exames figura como uma saída conveniente ao Judiciário: como os prazos se estendem, os laudos estão sempre desatualizados, de modo que os juízes demandam sucessivamente a produção de novos documentos, postergando as decisões.

Laudos e relatórios produzem argumentos que são mobilizados pelo Judiciário em suas decisões, ao mesmo tempo em que diversas informações levantadas pelos técnicos são inócuas, além de ser desconsiderada a produção de adoecimento físico e psíquico pelo próprio Estado. Nesse sentido, apesar de a equipe do HGP, que acompanha Bernardo no cotidiano institucional, ter se manifestado em mais de uma ocasião pela desinternação, o magistrado optou por seguir a opinião do perito do IML. Há, pelo que se pode notar, uma valoração diferenciada entre laudos e relatórios produzidos pelo IML, por um lado, e pelas equipes do HGP, da CEM/VEP e da EAP, por outro. Essa dinâmica também foi observada em outros estados, como São Paulo, em que as decisões do judiciário demonstram alinhamento com o perito legal. Assim, até que novo laudo pericial seja emitido pelo IML e o juiz profira a decisão baseando-se nesse documento, tais equipes produzem relatórios e Bernardo permanece internado enquanto o tempo transcorre.

Os longos intervalos e o papel dos laudos são aspectos que convergem com os demais casos analisados na pesquisa. Como foi possível observar tanto no processo de Bernardo quanto nos autos processuais de outras pessoas, as medidas de segurança são comumente marcadas por períodos longos entre as movimentações processuais, os agendamentos das perícias, os laudos e as decisões, produzindo trajetórias prisionais que se estendem por anos.

O caso de Bernardo também se articula com outros processos analisados no que diz respeito às EAPs. O tema é relevante tendo em vista que tais equipes foram idealizadas para favorecer o processo de desinternação de pessoas presas nos manicômios judiciários e de fechamento destas instituições, constituindo parte da estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (Brasil, 2014b). Apesar disso, nem sempre, como observado, as EAPs opinam pelo tratamento ambulatorial.

No caso de Bernardo, a equipe manifestou-se pelo cumprimento de pena em presídio comum e, depois, pela manutenção da internação, divergindo dos relatórios dos técnicos do HGP. Ambas as manifestações são insólitas, uma vez que opinam pela privação de liberdade ao invés de indicarem possibilidades de acompanhamento psicossocial, tal como seria o esperado. No caso de Bernardo, as manifestações da EAP destacam-se ainda mais por se tratar de longa internação, o que ensejaria maior zelo em evitar a sua extensão e em construir caminhos para que ele pudesse ser acompanhado em liberdade.

Além disso, chama a atenção que a EAP, ao sugerir a “progressão na medida de segurança em modelo ambulatorial”, se comprometa a monitorar *in loco* o acompanhamento realizado pelo SUS e pelo SUAS. Tais posicionamentos sugerem que a EAP, a propósito de subsidiar as decisões judiciais, pode vir a se tornar mais uma instância produtora de relatórios que se acumulam nos processos e de monitoramento do tratamento, ao invés de articular os serviços de saúde e assistência social.

Assim como em outros casos analisados no âmbito desta pesquisa, o tema das drogas cumpre papel central no diagnóstico de Bernardo e na manutenção da sua internação. O uso de drogas na infância e adolescência se articula, na narrativa construída nos relatórios e laudos, à imagem de uma “família desestruturada” e ao início de práticas delituosas. De acordo com a perspectiva a partir da qual o sistema de justiça compreende a história de vida de Bernardo, o uso de drogas ocupa o lugar simultâneo de consequência de uma história familiar conturbada e de causa do transtorno mental e de comportamentos desviantes. Adiante, quando a manutenção da internação é debatida nos relatórios e laudos, o uso de drogas é pautado como potencial causador de delitos. A conduta recomendada é a continuidade da internação como forma de prevenir o uso – nomeado como “maléfico” – e, conseqüentemente, o potencial de praticar novos atos considerados desviantes.

Por fim, as informações disponíveis sugerem que o quadro de saúde de Bernardo se agravou no período em que esteve preso em unidades prisionais comuns e, mais ainda, após o confinamento no HGP. Longe de proporcionar acompanhamento adequado, o manicômio parece ter produzido a cronificação e a paradoxal situação em que, quanto mais ele fica internado, mais “inserido” na instituição ele se torna e, portanto, mais complexa e distante se torna a desinternação. Nesse sentido, é possível afirmar que o manicômio produz mais manicômio, em um processo que não leva à melhora e ao retorno das pessoas ao convívio em meio aberto, mas à reprodução da própria instituição e do transtorno mental.

3.3.2 Ricardo: o uso de drogas e o entra e sai do manicômio

O estudo de caso ora apresentado foi selecionado em virtude de certos traços processuais que definem parte da experiência de internação nos manicômios judiciais. Ao analisar a situação de internação no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, situado em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, observa-se que este caso compartilha semelhanças com a maioria da população internada em tal estabelecimento. As semelhanças incluem os tipos de crimes cometidos (roubo e furto), classificados como o segundo e o terceiro mais comuns; os diagnósticos predominantes (esquizofrenia e transtornos relacionados ao uso de diversas drogas); e as características da internação, marcada por períodos indeterminados, internações anteriores e exames psiquiátricos que estabelecem a “periculosidade contínua”, agravada pelo “abandono familiar” e pelo “risco de recaída no uso de drogas”. Além disso, trata-se de um caso que se inicia com um crime de menor potencial ofensivo, chamando a atenção para possíveis reconfigurações da medida de segurança que, como observado, está sendo utilizada na gestão de uma “pequena delinquência urbana”, quase sempre associada à criminalização dos(as) usuários(as) de drogas.

Ricardo nasceu em maio de 1982, na cidade de Espumoso, no interior do Rio Grande do Sul. Até janeiro de 2024, estava preso no Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, o HCTP local.

A captura pelo aparato jurídico-punitivo inicia-se a partir de denúncia oferecida pelo MP em 2005. Segundo a peça ministerial, Ricardo, na época com 23 anos de idade, juntamente com um adolescente, subtraiu R\$ 19,50 de uma loja. Ademais, momentos depois, “atribuiu-se falsa identidade” aos policiais para “eximir-se das consequências advindas da prática criminosa”. O dinheiro foi devolvido à vítima. A sentença condenatória é proferida em 2 de maio de 2011, quando o juiz considera a insignificância do furto, dado o valor subtraído. Entretanto, condena o réu a três meses de detenção pelo art. 307 do CP.

A defesa recorre pela extinção da punibilidade do crime de falsa identidade. O MP apela contra a absolvição do crime de furto. As alegações do MP indicam “ser incabível a aplicação do princípio “bagatela” em face do bem subtraído, pois não se pode ater apenas ao valor pecuniário do objeto, mas também, o desvalor da ação levada a efeito pelos criminosos”. Por sua vez, a defesa, visando à extinção da pena de três meses, diz “tratar-se de crime impossível, ou, simplesmente, agir em autodefesa”. Em agosto de 2011, o magistrado decide, tendo em vista os “maus antecedentes” por três condenações definitivas, a “conduta social do réu” e a “personalidade desajustada com tendência ao ilícito”. Ricardo é condenado a três anos de reclusão, regime semiaberto, 20 dias-multa e pagamento de custas processuais.

A postura punitivista adotada pelo MP e pelo TJ revela a tendência de criminalização e o encarceramento de sujeitos que cometeram crimes de pequeno potencial ofensivo, atitude que contribui de forma direta para o fenômeno do aprisionamento em massa, sobrecarregando o sistema penitenciário. A prisão de autores que cometem crimes desse tipo – em alguns casos, sequer pode-se chamá-los de crimes – agrava a superlotação dos cárceres, submetendo as pessoas a condições degradantes.

Em maio de 2016 é emitido um mandado de prisão, informando que Ricardo estava em liberdade. O juiz responsável solicita que os autos sejam remetidos à VEP de Novo Hamburgo. Após a informação do cumprimento do mandado, é juntada ao processo uma guia de consulta de preso, gerada pela Secretaria de Segurança Pública. Nela, constam informações gerais, tais como: entrada em março de 2015; estabelecimento: Instituto Psiquiátrico Forense; idade; nacionalidade e naturalidade; estado civil; altura; profissão; cicatrizes, manchas e tatuagens; e a alcunha. Junto aos dados do “perfil”, são anexadas todas as passagens pelo sistema penal, que, segundo o documento, iniciaram-se em março de 2002 – prisão em flagrante por tentativa de furto. Nos anos seguintes, as prisões e internações são em distintos estabelecimentos prisionais (presídios comuns e manicômio judiciário) e hospitalares (hospitais e clínicas psiquiátricas).

Esse percurso lança luz sobre a interseção entre o sistema penal e o sistema de saúde mental. O mandado de prisão emitido, seguido pela remessa dos autos à VEP de Novo Hamburgo, destaca as diversas circulações entre espaços institucionais que Ricardo habitou. A enumeração detalhada de suas características físicas, juntamente com suas passagens pelo sistema penal, indica trajetória marcada por prisões e internações, incluindo prisões em flagrante, prisões preventivas e cumprimento de pena, além de períodos de internação no manicômio judiciário.

Esse perfil do sujeito e de subjetivações (Foucault, 2004) contingentes é delineado a partir da sobreposição complexa entre as esferas do crime e da saúde mental, eviden-

ciando como Ricardo é constantemente submetido a práticas punitivas e de controle, tanto dentro do sistema penitenciário quanto no sistema de saúde mental. A alternância entre o tratamento psiquiátrico e a “baixa hospitalar” sugere ciclo de aprisionamento e tratamento. Ademais, sua trajetória ressoa nos achados apresentados na parte 2, em que há registros de internos(as), no RS, com passagens por serviços de saúde mental, mas também prisionais e asilares. Não é em vão que Ricardo, pelo fato de possuir vínculos anteriores com o manicômio, ao ser preso para cumprir pena, vai direto para o IPF, sem aviso prévio dos operadores de direito.

Os documentos citados são anexados ao processo para que juiz, promotor, defensor e estabelecimento penal tenham conhecimento de processos anteriores, assim como do processo pelo qual Ricardo cumpria pena. Em junho de 2016, o MP questiona a razão de Ricardo estar no IPFMC. Em seguida, o Instituto encaminha ofício informando que, em 21 de junho de 2016, Ricardo fora recapturado de uma fuga em 15 de junho do mesmo ano. No final de junho, a defensoria de Novo Hamburgo requer ao cartório a certificação dos períodos de detração ou não de processos já transitados em julgado, listando cinco – deixando de pedir a detração de mais sete processos não transitados em julgado.

Em 21 de julho de 2016, o juiz responsável solicita a remessa dos procedimentos administrativos instaurados por conta das fugas, além do esclarecimento do motivo da prisão no IPF, com a remessa de “eventuais laudos médicos/psiquiátricos existentes”. Evidencia-se que o próprio juízo tenta entender e organizar o processo de execução penal em torno da internação que ocorria, algo recorrente em casos de “tratamento” temporário e internação provisória que, posteriormente, tornam-se medida de segurança de internação.

Em outra guia de consulta de presos, datada de agosto de 2016, é notificada nova fuga e nova captura de Ricardo, logo, outro procedimento administrativo. No mês de setembro, o MP toma ciência do pedido de detração apresentado pela defesa. Ao analisar o relatório da vida carcerária de Ricardo, conclui que não havia “nexo de causalidade” com as condenações anteriores. Em outubro, a DP contesta essa posição, argumentando que os períodos em que o jovem cumpriu outras penas deveriam ser considerados para detração. O magistrado, ainda em outubro, acolhe a posição do promotor e nega o pedido.

A defesa, então, recorre ao TJ do Rio Grande do Sul. Em 21 de novembro de 2016, o MP, em nova manifestação, solicita informações sobre os motivos pelos quais Ricardo estava detido no IPF, já que a sua pena ainda não havia sido convertida em medida de segurança. Em 12 de dezembro, o juiz reitera o pedido de esclarecimento ao HCTP. Desde junho de 2016, tanto MP quanto juízo solicitam informações sobre a situação de internação de Ricardo, porém, tais pedidos não são respondidos.

Em 3 de janeiro de 2017 é encaminhado *e-mail* do setor jurídico do HCTP com o laudo pericial realizado. O exame traz informações acerca da identificação, do histórico e da história do delito. Na seção “Exame de Estado Mental”, é anotada a aparência “fétida”, a “capacidade de autocuidado extremamente prejudicada”, o discurso “desconexo e ilógico”. Diz-se que “nenhuma informação condiz com a realidade, nem dados pessoais e familiares”. Sublinha-se a consciência lúcida, atenção hipotenaz, sensopercepção não avaliável, memória afetada, pensamento ilógico, afeto embotado, inteligência clinicamente

abaixo da média, e a conduta bizarra, com uso de maconha e cocaína. O diagnóstico é: esquizofrenia paranoide – CID 10 – F20.0. Por fim, os comentários médico-legais apontam nexos causais entre delito e patologia apresentada, portanto, aplicação de medida de segurança no HCTP.

Por mais que esse exame tenha sido enviado em 2017, constata-se que a internação já ocorria há tempos, isto é, a submissão à internação compulsória e às estruturas e práticas da custódia e tratamento psiquiátrico se iniciam antes mesmo da decisão judicial. Os peritos, em posição privilegiada, detêm a possibilidade de sugerir a conversão da internação provisória em medida de segurança, sendo também responsáveis pela regularização judicial da medida.

Em 27 de março de 2017 é remetido o acórdão, no qual a turma de desembargadores do TJ dá parcial provimento ao pedido da defesa, deferindo a detração do período de 2007 a 2008, época em que Ricardo esteve preso preventivamente. A defesa declara ciência e, em 5 de março, pede indulto ao apenado por se tratar de “crime contra patrimônio sem violência ou grave ameaça. Não houve dano a ser ressarcido e cumprido 1/6 da pena”. Em seguida, é juntado ao processo de execução criminal o cadastramento de condenação de outro processo, transitado em julgado em 2016. O juiz declara ciência e manda realizar contato com o HCTP para colher informações sobre a necessidade de confecção de novos laudos.

Abre-se, então, um segundo volume do processo de execução. Esse volume inicia-se com a remessa do “Laudo Psiquiátrico Legal de Avaliação de Indicação de Conversão de Pena em Medida de Segurança”. Datado de 18 de maio de 2017, no documento, nota-se que uma nova história de vida é traçada: internações diversas, tratamentos de curta duração, sem continuidade em nível “prisional ou ambulatorial”, simulação, tentativa de fuga, síndrome maníaca, síndrome psicótica e risco de agressão. Os peritos fazem referência ao número de irmãos, à família de trabalhadores de “obra” e faxina, ao abandono escolar e ao início do uso de álcool e cocaína aos 12 anos de idade. Além disso, sublinham que, quando Ricardo está fora do IPF, ele usa *crack* nas ruas. Sobre o uso de drogas ilícitas, afirmam que o jovem não quis se manifestar com detalhes, visto o receio de ficar mais tempo internado. O diagnóstico está pronto: “transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – transtorno psicótico”. Na medida em que apresenta “esquizofrenia paranoide”, tem indicação de troca de pena por medida de segurança, em nível de internação”. Ainda no mês de maio, é enviado um ofício informando nova fuga do HCTP.

O MP manifesta-se em 17 de junho de 2017, dando ciência da medida de segurança relativa ao processo anterior e afirmando que Ricardo tinha oito fugas em apuração. O promotor defende a “conversão da pena privativa de liberdade em medida de segurança”.

Em 21 de junho de 2017, o defensor público requer, novamente, o indulto. Em caso de negação, interposto pela medida de segurança, ele defende a realização de tratamento ambulatorial, dado o crime sem violência ou grave ameaça e o tempo já cumprido de pena. O defensor baseia-se, também, na abstração dos tempos da medida de segurança equivalentes à pena a ser cumprida, já que faltava apenas um ano para o término da pena.

No início de julho de 2017, o juiz indefere o pedido de indulto. No que concerne à conversão da pena em medida de segurança, acolhe o laudo, determinando a internação “por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade”.

O processo de execução criminal chega à vara responsável pelos processos de medida de segurança (VEPMA) somente em novembro de 2017. Nesse mês, o juiz pede remessa de laudo de verificação de cessação de periculosidade. A DP peticiona, pedindo que Ricardo saia da unidade fechada para a aberta – galerias em que os presos podem circular dentro do HCTP. Requer, também, que o IPF seja oficiado para encaminhamento de laudo de verificação de cessação de periculosidade. No mês de março de 2018, o MP manifesta-se pela requisição do mesmo laudo, “com urgência”.

O documento seguinte, um ofício de recaptura de Ricardo, de 19 de dezembro de 2019, informa que ele estava sob custódia da Brigada Militar de Esteio, “aguardando vaga no sistema prisional”. Junto ao ofício são enviados documentos da fuga e da captura.

Cerca de dois meses após a manifestação do MP, é remetido o relatório psicossocial de evolução da medida de segurança. Redigido por um psicólogo e um assistente social, o documento remarca os vários anos em que Ricardo esteve preso, as passagens pela triagem do HCTP para avaliação, a dependência de cocaína e a esquizofrenia paranoide. Além disso, os profissionais relatam as fugas, a passagem no Hospital Psiquiátrico São Pedro, novas internações e a atual situação de abandono familiar. Sobre a internação no HCTP, consideram que a evolução não se alterou, com persistência de ideias delirantes, desagregadas e desorganizadas. Informam, ainda, que fora da unidade fechada não permaneceu mais do que algumas horas sem fugir, o que justifica a necessidade de estar na unidade fechada. Ademais, sublinham a falta de engajamento em atividades, as atitudes “parasitárias e exploratórias em relação às demais pessoas”, a demanda por “apoio material” ou drogas para os pacientes do fechado. A conclusão é a de que, apesar de ser jovem, “está em processo de cronificação e deterioro”, sendo necessário redirecionar as intervenções visando a uma futura desinternação. Por ora, a sugestão é para a renovação da medida de segurança de internação.

Nesse ponto, buscando dialogar com dados encontrados na parte 2, é importante destacar que os exames de sanidade e de verificação de cessação de periculosidade estabelecem predominantemente o diagnóstico de algum tipo de esquizofrenia no Rio Grande do Sul (cerca de 50%). Esse diagnóstico pode sofrer variações durante o decorrer do processo penal ou coexistir com outros diagnósticos, como no caso de Ricardo que, como 44,19% da população internada no IPFMC, foi classificado com o CID 10 – Transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas, o que reforça o argumento da criminalização de usuários(as).

É curioso notar também que os apontamentos acerca da “cronificação e o deterioro” são relacionados com a condição individual de Ricardo, desconsiderando a própria instituição como coprodutora dessa situação. O abandono familiar é outro elemento frisado ao longo do processo, como um impeditivo de desinternação. Ora, desde quando o abandono familiar pode ser usado como motivo para o prolongamento de uma sanção privativa de liberdade ou de tratamento compulsório?

Retomando o fluxo processual, em 17 de maio de 2018, ao sublinhar informações do relatório supracitado, entre as quais o “traço antissocial”, as fugas, a cronificação e deterioro, o MP opina pela prorrogação da medida de segurança. A defesa solicita a desinternação. Por sua vez, o magistrado entende que, pela proximidade do fim da medida de segurança e pela ausência de perspectivas de desinternação, é necessário designar audiência no HCTP com a equipe terapêutica, a Coordenação de Saúde Mental do estado e a representante da Secretaria Municipal de Saúde de Espumoso. A audiência é realizada no dia 13 de agosto.

No documento seguinte, consta que a família demonstra ter “medo”, afirmando que Ricardo era “louco”, que fugia e ia morar na rua e que, por isso, o IPF era um lugar melhor do que as ruas. A irmã explica que morava em uma ocupação, sem muito dinheiro, e que o pai morava perto, ambos na cidade de São Leopoldo. A representante da Secretaria de Saúde de Espumoso informa que não havia registros de Ricardo, os quais estariam em São Leopoldo. A defensora diz que Ricardo tinha necessidades, como no presídio. Dada a não resolução familiar e a falta de alternativas apresentadas por parte das equipes terapêuticas, bem como a indicação do relatório anterior, o juiz decide manter a medida.

Após a anexação do termo de audiência, vem ao processo nova sentença condenatória (art. 157, CP), de 2015, e com condenação em 20 de novembro de 2017. Trata-se de roubo de R\$ 100,00, os quais foram ressarcidos à vítima. Ambas as partes, MP e DP, postulam pela absolvição imprópria. Na condenação, a análise judicial considera que o autor roubara para sustentar o vício, como declarado pelo próprio réu, e a posição do laudo de sanidade mental. O juiz decide pela absolvição imprópria, com substituição da pena por medida de segurança de internação, com prazo mínimo de dois anos para nova reavaliação.

Em 6 de setembro de 2018 é enviado novo ofício de captura de Ricardo, que se encontrava foragido desde o dia 4 do mesmo mês.

Em resposta aos documentos anexados, em 24 de setembro de 2018, o MP faz uma nova promoção, reiterando a promoção anterior em que solicitava a prorrogação da medida de segurança. No dia 23 de outubro, o juiz, em resposta, afirma que, apesar da manifestação ministerial, o referido laudo já era antigo. Nesse sentido, solicita novo laudo “no prazo de 20 dias, sob pena de responsabilização”. Em 30 de janeiro de 2019, o juiz reitera o pedido de laudo, em até 15 dias, novamente, sob pena de responsabilização.

Em 9 de fevereiro de 2019, a defesa postula um pedido de audiência para “discutir a situação jurídica” e a possibilidade de “conversão/reconversão da medida de segurança em pena privativa de liberdade”. No dia 28 do mesmo mês, o MP opina pelo deferimento do pedido e pela designação de audiência após envio do laudo psiquiátrico. O juiz, então, em 11 de março de 2019, reitera o pedido de laudo, dizendo já haver dois pedidos não respondidos.

O relatório psicossocial é enviado no dia 1.º de abril de 2019. O documento conta, novamente, uma breve e mesma história, informando internações passadas, o uso de drogas, o abandono familiar e as fugas. De forma resumida, afirma-se que:

[...] é possível afirmar que ao longo dos anos em que Ricardo se encontra no IPF há um ciclo vicioso de agudização dos sintomas psicóticos, melhora dos mesmos com o uso de medicação e manejo terapêutico, colocação em unidade aberta, abandono no uso da medicação, fugas, uso de drogas, agudização dos sintomas psicóticos”.

Dada essa narrativa, considera-se que ele não está apto à vida em sociedade. Caso a medida de segurança seja extinta, deve ser enviado ao Serviço Residencial Terapêutico em razão do abandono familiar. Conclui-se com a sugestão de manter a medida.

Em 12 de abril de 2019, o promotor manifesta-se, reiterando o pedido de audiência e o laudo de verificação de cessação de periculosidade, já que o relatório enviado era apenas do psicólogo e da assistente social. Em 29 de abril, o juiz requer o laudo psiquiátrico, com prazo de dez dias. Em 28 de agosto, com prazo mais uma vez expirado, o magistrado intima o diretor do IPF, com prazo de dez dias para a remessa do laudo.

O Relatório Técnico de Evolução da Medida de Segurança, assinado por psiquiatra, psicólogo e assistente social, é enviado em 09 de janeiro de 2020. O documento, novamente, apresenta a história da internação – uso de drogas, fugas, abandono familiar, “agudização dos sintomas”. Essa junção de elementos, aos olhos dos profissionais, torna Ricardo inapto à vida em sociedade, pelo uso de drogas, sintomas psicóticos e não adesão a tratamentos. Indica-se a “possibilidade futura” de encaminhamento para Serviço Residencial Terapêutico Tipo I.

Após análise do laudo, em 29 de janeiro de 2020, o MP reitera o pedido de audiência para “tratar” da situação, em especial, acerca da busca de residencial terapêutico. A defesa declara ciência. No dia 30 de janeiro, o juiz designa a audiência para 2 de março, intimando a equipe terapêutica, a equipe de DESINST e representantes da Coordenação de Saúde Mental do estado e da Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo.

Conforme consta no Termo de Audiência, a representante da equipe do IPF informa que o pai não tem saúde para ficar com Ricardo, e que estavam tentando contato com a irmã. Ricardo, que também estava presente, pede para lerem o artigo pelo qual foi condenado e diz que quer ir embora do HCTP. A representante da saúde mental de São Leopoldo informa ter apenas residencial tipo II; o MP e a defesa nada dizem. O juiz cita as penas: conversão de um processo de privação de liberdade; imposição de medida por tentativa de furto (mínimo de dois anos); outro por roubo (máximo de dez anos). O juiz enfatiza que, no último laudo, foi dito que o “problema central” é o “uso de drogas associado ao abandono familiar”, exatamente por isso há necessidade de residencial tipo I. Decide-se, enfim, pela manutenção da medida de segurança, com benefício da alta progressiva, pelo prazo de seis meses, com envio de laudo.

Após uma série de atrasos para o envio do novo laudo, é somente em 21 de janeiro de 2021 que um relatório psicossocial é remetido, sem a assinatura do psiquiatra. A história contada sobre Ricardo se repete. A indicação, outra vez, é a de encaminhá-lo para o Serviço Residencial Terapêutico Tipo I. Em 29 de janeiro de 2021, o MP declara ciência da indicação do relatório, mas requer que o IPF envie laudo psiquiátrico com assinatura do psiquiatra. Em 23 de fevereiro, a defesa requer a extinção da medida, por conta do prazo abstrato máximo já ter sido ultrapassado. O juiz, em 10 de março, manda intimar o

IPF para informar a comarca indicada para o SRT, dentro de cinco dias, e enviar o laudo psiquiátrico no prazo de 20 dias.

O laudo, assinado por psiquiatra, psicólogo e assistente social, é enviado no dia 28 de junho de 2021. As informações se repetem. Indica-se a ida de Ricardo para um residencial tipo II “devido à deficiência intelectual associada à doença psicótica que promove diminuição /rompimento do contato com a realidade”. Considera-se que ele teve piora “dos sintomas psicóticos”, com ocorrência de uso de drogas. Pelas razões citadas – sintomas psicóticos, uso de drogas, comportamento desadaptado, abandono familiar – conclui-se que deve ser enviado a Residencial tipo II, com acompanhamento de serviço de saúde mental e com curador dativo.

No dia 20 de outubro, o MP diz que oficiou a 10.^a Promotoria de Justiça de Família e Sucessões de Porto Alegre para auxiliar na busca de uma vaga em residencial terapêutico; a defensoria declara ciência e apoio ao prosseguimento do processo.

Nova decisão judicial é tomada em 16 de dezembro de 2021. O juiz identifica o caso, a necessidade de um residencial e a ausência de vaga para, então, decidir. Prorroga-se a medida por seis meses, com alta progressiva, “que deverá ser regulamentada e executada sob responsabilidade da Direção do IPF”. Determina-se, também, o encaminhamento de novo laudo até o dia 16 de junho de 2022 e de informações sobre o plano para ir para o residencial em São Leopoldo. Para acelerar o processo, o magistrado ainda manda oficiar a Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo, requerendo uma vaga em SRT tipo II.

As prorrogações da medida de segurança, baseadas na falta de aptidão para o convívio social, estão intimamente relacionadas à ausência de destinos adequados após o término da internação. Esta situação sustenta a impossibilidade de Ricardo viver de forma independente na sociedade, além de prolongar os períodos de espera por uma vaga em Serviço Residencial Terapêutico. Além disso, não são apresentadas alternativas viáveis para lidar com essa espera prolongada, e para fundamentar a decisão, os peritos continuam a ressaltar a periculosidade e a inaptidão de Ricardo para conviver em sociedade.

Nova sentença aplicando medida de segurança de internação com tempo mínimo de dois anos é juntada aos autos em 10 de maio de 2022; o juiz manda dar ciência às partes. Em 6 de junho, o MP identifica o apenado e cita os últimos eventos do processo para requerer a fiscalização da nova medida de segurança, medidas por parte da equipe de psiquiatria do IPF e o retorno da carta precatória. O defensor apenas requer o prosseguimento.

O novo laudo, que deveria ser encaminhado até 22 de junho de 2022, é enviado em 3 de agosto. Esse documento, assinado apenas pelo psiquiatra, reconta a história pessoal e de internação, frisando as condições médicas – esquizofrenia e HIV –, o uso de medicamentos – Haldol Decanoato, Risperidona, Paroxetina, Neozine –, e a alocação na unidade fechada do IPF. Na conclusão, lê-se: “não se encontrava em condições ao convívio pleno por persistirem os elementos determinantes de sua periculosidade social, em que pese atenuados”; sugere-se, então, a renovação da medida de segurança com o benefício da alta progressiva.

Em 21 de setembro de 2022, surge nos autos um ofício atestando nova fuga. Em outro ofício da Delegacia de São Leopoldo, é informada a captura em 23 de setembro. Em 26 de setembro, o juiz declara ciência da captura e requer novo laudo psiquiátrico ao IPF, com prazo de 30 dias. Pelo fato de contar apenas com um psiquiatra, três dias depois, o setor jurídico do IPF encaminha *e-mail* pedindo dilatação do prazo para enviar o laudo.

Diante da situação, o promotor acolhe um laudo anterior e opina pela prorrogação da medida com alta progressiva; o defensor apenas “dá ciência”. A decisão, em 30 de novembro de 2022, considera o laudo encaminhado em agosto. O juiz indica que Ricardo não estava internado por longo período e, que, segundo tal laudo, ainda não se encontrava em condições de retornar ao convívio social pleno, “o que demonstra a necessidade e a possibilidade de que receba a alta progressiva como princípio da transição para o tratamento na rede externa de saúde”. Dá-se, então, a prorrogação da medida por mais um ano, com alta progressiva.

Mesmo com a “alta progressiva” há tempos, Ricardo nunca usufruiu das saídas. O “benefício”, concedido a quem cumpre medida de segurança de internação, opera como uma aproximação das saídas temporárias. Entretanto, não parece ser usufruído por uma parte dos(as) internos(as), tendo em vista que, no Rio Grande do Sul, 21,51% não têm referência familiar, além das situações de “enfraquecimento dos vínculos”, que impedem a efetivação das saídas.

Além disso, durante o decorrer da internação são citadas as diversas fugas de Ricardo, todas elas explicadas, de modo superficial, por conta do uso de drogas. É importante notar que Ricardo costumava fugir para São Leopoldo, cidade onde já havia residido e mantinha vínculos afetivos, o que evidencia os efeitos da internação em local distante e desconhecido.

Em 28 de dezembro de 2022, o setor jurídico do IPF envia novo ofício, o qual informa a existência de um registro de ocorrência policial. Conforme o documento, Ricardo foi estuprado, dentro do HCTP, por outros dois internos.

Em 21 de julho de 2023, após manifestação protocolar do MP, a DP peticiona a favor do interno. Na argumentação, além de sublinhar a demora na comunicação do ocorrido, aponta que Ricardo estava custodiado por crimes de furto, tendo sofrido crime sexual dentro de estabelecimento destinado ao cumprimento de medida de segurança, o qual, em tese, deveria ter como objetivo o tratamento e a apuração da cessação da periculosidade. Sobre o último laudo, indica que, ainda que a periculosidade persista, ela está atenuada, sendo necessária a desinternação e a inclusão em residencial terapêutico. Ademais, reitera-se que o IPF deve adotar medidas necessárias para preservar a integridade física do interno enquanto este aguarda a disponibilização da vaga em residencial terapêutico.

Em 21 de julho de 2023 é juntado um “Relatório Técnico Social”, redigido por um assistente social. Nele, o técnico narra que fora feita a tentativa de saída para um residencial terapêutico, porém Ricardo fugiu e retornou ao IPF após 48h. Segundo o relato, na clínica, não era possível fumar, o que destoava da experiência no IPF ao longo das últimas décadas. Sobre a curadora, a visita que fora agendada para conhecer o interno

não se realizou, todavia, seria remarcada, embora a equipe do IPF não tivesse tido nenhum retorno.

Dado esse impasse, a equipe salienta que Ricardo possui “doença psicótica crônica, há mais de duas décadas no sistema prisional, destes, 13 em unidades prisionais e oito no IPF, metade de sua vida”; que estava em “abandono familiar”, por isso o residencial seria a melhor alternativa, desde que fosse num local no qual “estivessem pacientes oriundos deste instituto pelo vínculo afetivo que adquiriram durante anos juntos e pelo próprio perfil dos pacientes”. Após a remessa do relatório, o MP requer o envio de laudo assinado por psiquiatra, relatando que outras informações foram solicitadas à 10.^a Promotoria de Justiça de Família e Sucessões.

O caso em tela suscita questões que acompanham o cumprimento das medidas de segurança no Rio Grande do Sul, bem como em outros estados. Primeiramente, Ricardo é proveniente de uma cidade do interior, com ensino fundamental incompleto, solteiro, sem filhos, com diagnóstico de esquizofrenia e “transtorno decorrente do uso de drogas”, acusado de furto e roubo ao longo do processo, como grande parte dos(as) internos(as) do IPFMC.

A sua trajetória evidencia constantes internações. Em resumo, o perfil é similar ao encontrado por Diniz (2013) e pela presente pesquisa: pessoas adultas, com pouca escolaridade formal, sem muitos vínculos familiares, diagnosticadas com esquizofrenia e transtornos decorrentes do uso de drogas, entre a patologização e a criminalização da dependência química, que vão e vêm de instituições de controle, e que são forjadas nessas circulações (Mallart, 2021).

No caso que abre o processo, um furto considerado insignificante reenviou Ricardo ao IPFMC que, por possuir passagens anteriores pela instituição, foi encaminhado ao manicômio mesmo sem qualquer determinação judicial. Isso demonstra o prolongamento da medida de segurança e do sujeito inimputável (Fernandes, 2023). Mesmo que não esteja mais internado na instituição, a possibilidade de retorno está sempre presente. Nesse contexto, o MP ocupa posição de “defesa social”, com a tendência de privilegiar formas privativas de liberdade ao tratamento ambulatorial. Cabe pontuar que a atuação da defesa é relativamente “tímida”, em alguns instantes, sem se manifestar ou sem procurar soluções para situações que fogem do suposto objetivo da sanção penal de “tratamento”.

Além disso, os “tempos da justiça” (sentença, remessa de processos, regularização da situação prisional) e os “tempos da psiquiatria” (fabricação de documentos, laudos e exames) costumam se estender indefinidamente. Enquanto isso, os(as) internos(as) permanecem esperando no espaço-tempo da internação compulsória, com ou sem medida de segurança decretada. Ainda que o juízo reitere os pedidos para a elaboração dos documentos, sempre há a perda dos prazos, justificada pela reduzida equipe de psiquiatria do instituto.

No que tange aos exames e laudos, percebe-se que há uma tendência à prorrogação da medida de segurança, mantendo a concepção da “periculosidade social”, ligada à virtualidade da tendência a cometer novos delitos, costurada à não estabilização psi-

quiátrica do interno (Franco, 2017). Mas, não apenas essas justificativas são mobilizadas. Nas entrelinhas, o que parece ter mais peso na contínua prorrogação é o pertencimento a classes pauperizadas, a ausência de renda e de apoio familiar. Nesse aspecto, são de suma importância programas de transferência de renda, de moradia e o fortalecimento da RAPS, para confrontar o que parece ser um fenômeno de aprisionamento devido às condições socioeconômicas.

O caso revela também a insuficiência de vagas em SRTs e a total falta de celeridade processual para custeio público de vagas no estado, o que gera efeitos no aumento do tempo de internação, impactando diretamente a vida de internos(as) do IPFMC. É curioso observar que, em vários momentos, o uso de drogas aparece como a chave explicativa para as condutas de Ricardo, inclusive as sucessivas fugas. Todavia, não há, nos autos, nenhuma menção a algum tratamento específico por conta da dependência química; a única medida institucional era a alocação de Ricardo “no fechado”. Outro agravante da condição de internação é a violência estabelecida nas relações intramuros; no caso de Ricardo, a violência sexual praticada pelos outros internos. Como dissociar os efeitos dessas condições precárias e violentas à saúde do sujeito? Esse contexto institucional não é um fator de adoecimento?

Por fim, em meio às análises empreendidas acerca do caso de Ricardo, deparou-se com acontecimento trágico: a morte desse interlocutor. Em janeiro de 2024, depois de quase 20 anos entre idas e vindas do manicômio, Ricardo fugiu novamente. Entretanto, diferentemente das outras ocasiões, não retornou. No início do mês de fevereiro, os funcionários do IPF estranharam que o rapaz, como de costume, não voltara mais para se alimentar. Dias depois, a partir da busca realizada pelos próprios funcionários, soube-se que Ricardo veio a óbito, tendo sido encontrado machucado na rua e levado para um hospital de São Leopoldo, a cidade para onde ele sempre voltava.

A morte de Ricardo não é a única que marca a realização da presente pesquisa. Como observado nas páginas precedentes, Joana morreu no Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde Bezerra de Menezes, enquanto aguardava uma vaga no manicômio judiciário. Por sua vez, Franklin faleceu quando cumpria medida de segurança em tratamento ambulatorial. Como afirmado anteriormente, no seu processo judicial não há quaisquer informações sobre as circunstâncias de sua morte. Já Cida, foi encontrada enforcada com um pedaço de fio nas dependências do HGP, “com sinais de suicídio e sem vida”, quando, é preciso sublinhar, já havia decisão judicial favorável à sua desinternação.

Para pesquisadores e pesquisadoras que realizam estudos em HCTP, a morte de seus interlocutores durante a realização das pesquisas é sempre uma possibilidade (Mallart, 2021; Antunes, 2022; Fernandes, 2023). Muito já foi dito e escrito, desde as reflexões de Goffman (1974), sobre os processos institucionais que produzem a morte social daqueles que são confinados em manicômios, prisões etc. Porém, não se deve olvidar que a internação nessas instituições não produz apenas morte social; a morte biológica, direta ou indiretamente, está sempre no horizonte.

3.3.3 Eduardo e o *continuum* punitivo-carcerário

Este estudo de caso foi escolhido devido às características da trajetória institucional de Eduardo, envolvido pelos aparatos punitivos desde a sua adolescência, na Fasepa, até a sua internação no HGP. O processo de execução levanta questões sobre a tentativa de manter um controle ininterrupto por meio de práticas punitivas e da privação de liberdade, voltadas a um indivíduo específico, marcado por diagnósticos psiquiátricos e pela imposição de uma sanção penal.

O caso, por mais insólito que seja, ilustra um possível trajeto jurídico-institucional para pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, já que é precisamente por essa razão que Eduardo, após cumprir medida socioeducativa, é direcionado para o HGP por ter cometido delito com potencial ofensivo mínimo – se é que pode-se denominar o fato ocorrido como um delito.

Eduardo nasceu em 1997, na cidade de São Félix do Xingu/PA. Teve o seu processo de execução de medida de segurança iniciado em meio à finalização de outro processo, o de medida socioeducativa de internação, a qual estava submetido há três anos na Fundação de Atendimento Socioeducativo do Pará.

Em 2017, aos 20 anos de idade, o MP apresenta denúncia contra o jovem, conforme o art. 163 do Código Penal, com base em um inquérito policial que o acusava de danificar e “desferir socos” contra um televisor da Fasepa, onde estava internado. Durante o processo, devido ao “histórico de transtornos e patologias”, desde a sua internação na unidade socioeducativa, é instaurado um incidente de insanidade mental.

Ao completar 21 anos de idade, o prazo máximo para o cumprimento da medida socioeducativa, a sentença condenatória é proferida. Em setembro de 2018, o magistrado considera o laudo psiquiátrico que o diagnosticou com “dependência de múltiplas drogas e transtorno de personalidade emocionalmente instável tipo borderline”. Além disso, o documento destaca os seus “sintomas psiquiátricos graves e ativos como auto e heteroagressividade, impulsividade, descontrole [...], não apresenta condições psicológicas e psiquiátricas compatíveis com a desinternação da Fasepa, sendo recomendável a renovação do período de cumprimento da medida socioeducativa”. Firmando o seu posicionamento, o magistrado indica que o foco da avaliação não era a gravidade do ato, mas, sim, a periculosidade do agente (HC – *Habeas Corpus* – 361214 2016.01.72102– 3, Maria Thereza de Assis Moura, STJ – Sexta Turma, DJE Data: 16/12/2016).

Desse modo, Eduardo é sentenciado à medida de segurança de internação em HCTP, com o prazo mínimo de três anos. Em suma, o jovem passa da internação em uma unidade socioeducativa diretamente para o confinamento no manicômio judiciário do Pará. Observa-se que o “delito” cometido – “desferir socos contra um televisor”; dano ao patrimônio público – não teve tanto peso na formulação da denúncia e sentença. O que é central para a condenação é o histórico de diagnósticos e de tratamentos psiquiátricos. Nesse caso, percebe-se que a palavra do perito é central para a justificativa da sanção, bem como para amparar a condenação nos termos de “tratamento compulsório”, mesmo que pudesse ser realizado em meio ambulatorial.

Durante a execução da medida de segurança, as primeiras movimentações do processo ocorrem em agosto de 2019; elas se referem a um Procedimento Disciplinar por tentativa de fuga. Semelhante a outros processos concernentes ao estado do Pará, há uma “oficialização” daquilo que é considerado “falta grave” a partir dos PDPs, punidos com isolamento de 30 dias, corroborando negativamente para a avaliação médico-psiquiátrica da “conduta” e a avaliação judicial para desinternação, características do cumprimento de uma pena comum que, em tese, não deveriam fazer parte das medidas de segurança.

Em relação a esse procedimento, em junho de 2020, a defesa (defensor público) pede a “absolvição” por se tratar de uma tentativa, requerendo uma avaliação psiquiátrica que, até aquele instante, não fora realizada. O MP manifesta-se pela “homologação do procedimento”, para atestar o “mau comportamento em seu prontuário”. Ainda em 24 de junho, o juiz da vara responsável pelas medidas de segurança determina a realização de laudo psiquiátrico-legal pelo CPC – Renato Chaves, além de uma avaliação psicossocial pela EAP e pela equipe multidisciplinar da VEP, com o prazo de 45 dias.

Após a requisição dos laudos pelo juízo, o Depen envia documentos anteriores ao período, referentes ao cumprimento da medida socioeducativa. Esses relatórios, laudos e ofícios informam sobre o contexto mais amplo da internação, não só o atual cumprimento da medida de segurança, mas o conjunto de elementos que foi combinado até gerar a decisão pela inimputabilidade. Nesse sentido, percebe-se que o processo eletrônico segue uma ordem cronológica de movimentações, contudo, os documentos enviados apresentam outro fluxo espacial e temporal, relativo ao objetivo dos atores que os encaminham, o que compõe uma das formas centrais de produção de circulação e de sentido nas instituições, ancorada em uma racionalidade própria do Estado burocrático (Weber, 2000).

Em primeiro de julho do mesmo ano, o HGP encaminha parecer médico escrito à mão. No curto documento, o médico indica que Eduardo possuía histórico de uso de drogas, mas estava realizando tratamento com alguns psicotrópicos e estava levemente desorientado. Em seguida, anexam-se as prescrições dos medicamentos e outros documentos redigidos à mão, com pouquíssima legibilidade. Entre aqueles que podem ser lidos, identifica-se um histórico de tratamento médico-psiquiátrico no período anterior às movimentações do processo de execução, logo, antes de junho de 2020. Nesse sentido, a anexação dos documentos funciona como uma prestação de contas, ao juízo, sobre as terapêuticas anteriormente ministradas.

Além desses documentos, o histórico das patologias e medicações retomam os anos de internação na Fasepa; há informações sobre diagnósticos, tratamentos ambulatoriais, carteira do SUS e do CAPSad, procedimentos disciplinares, relatórios biopsicossociais, entre outras produções sobre o comportamento e as doenças de Eduardo. Nos documentos em que é viável compreender o que está escrito, como em um “Relatório Psicossocial”, é possível vislumbrar parte da dinâmica de internação na Fasepa, similar aos documentos fabricados no HGP; nota-se, por exemplo, anamnese individual e familiar, buscando pistas e indícios nos chamados históricos e hereditariedades.

Em documento datado de 30 de agosto de 2018, enquanto socioeducando, é produzido relatório que retoma o ato infracional cometido. A história familiar e pessoal é trazida à

narrativa para explicar a situação do adolescente: não recebia visitas, não se conhecia o responsável legal. O histórico familiar conflituoso é caracterizado pela violência e pelo uso de drogas, além da contínua mobilização da “família desestruturada” – cita-se a mãe com relações afetivas não oficializadas, filhos de diferentes companheiros e a escolarização incompleta pelo abandono escolar. A manifestação da patologia psíquica é apontada como um prolongamento do uso de drogas (F19.2) e da abstinência. À época, a equipe multidisciplinar compreendeu que a situação de Eduardo era “complexa, uma vez que é portador de transtorno mental e perdeu os vínculos familiares durante o cumprimento da medida socioeducativa”. Ele necessitava de encaminhamento ao hospital psiquiátrico, bem como à busca ativa de seus familiares e articulação com a RAPS.

O documento seguinte, chamado “Relatório Avaliativo de Medida Socioeducativa”, traz os mesmos elementos do anterior, indicando os tratamentos realizados por Eduardo, os medicamentos administrados e a frequência em um CAPS. Acerca da família, relata-se a realização da busca ativa e o encontro com os familiares, que não sabiam onde o adolescente estava naqueles anos. Lê-se que a família “não aceitava” o adolescente em casa por causa do comportamento e instabilidade. O documento termina com a sugestão de “encerramento da medida socioeducativa com encaminhamento para a internação em hospital psiquiátrico”, que é exatamente o que viria a acontecer com Eduardo.

A compreensão de como e quais os elementos que foram combinados para formular o diagnóstico e as análises psiquiátrico-psicológico-comportamentais, e, por fim, a sentença de medida de segurança de internação, só é possível quando esses documentos produzidos pelas equipes da Fasepa são examinados. As equipes multidisciplinares baseiam suas análises em dois eixos centrais: 1) o uso de drogas e comportamento desviante; 2) as relações familiares, que fogem do padrão socialmente estabelecido. Entre essas duas análises, a compreensão do desvio psico-comportamental e da desestruturação familiar, é que se forma o entendimento da necessidade de internação em hospital psiquiátrico, com poucas menções ao “delito”.

Após a longa “juntada de documentos” do Depen para compor os autos processuais, as documentações da execução da medida de segurança são retomadas. No final de julho de 2020, a equipe multidisciplinar da VEP encaminha o “Relatório Psicológico”, o qual se inicia com breve apresentação de Eduardo. A psicóloga analisa os documentos do histórico, desde a medida socioeducativa, mobilizando diagnósticos e avaliações multidisciplinares anteriores para embasar a situação atual. Por meio de uma entrevista, a profissional identifica comportamento “inquieto, desconfiado e intolerante”; prejuízos de atenção e concentração, mas sem distúrbios de sensopercepção e delírios. Narra-se a história do uso de drogas, das relações familiares prejudicadas, dos equipamentos de saúde frequentados e do histórico na Fasepa.

A análise conclui que Eduardo não tem sintomas psicóticos, mas, sim, dependência química, que ocasionou efeitos no comportamento, no humor e nas relações interpessoais. A avaliação conclui que ele não se encaixa no perfil para permanecer no HGP, além de afirmar que a dependência química e o transtorno de personalidade borderline não são justificativas para a internação no estabelecimento. Em vez disso, recomenda-se a intervenção terapêutica individualizada, visando tratar transtornos e minimizar impactos

psicossociais resultantes do confinamento. Em síntese, o HCTP não era o lugar adequado para o jovem.

Apenas em 28 de setembro de 2020, a equipe multidisciplinar (formada por assistente social, psicóloga e enfermeira) do HGP envia seu relatório. Similarmente à equipe da VEP, o relatório busca contextualizar o propósito do exame, o histórico de uso de entorpecentes e as passagens por internações e tratamentos ambulatoriais. A equipe detalha os medicamentos administrados: carbonato de lítio (300 mg, duas vezes ao dia); carbamazepina (200 mg, duas vezes ao dia); haldol (5 mg, duas vezes ao dia); clorpromazina (100 mg, três vezes ao dia); diazepam (60 mg, duas vezes ao dia); decanoato de haloperidol (uma ampola a cada 15 dias); prometazina (uma ampola a cada 15 dias); e risperidona (2 mg à noite). A avaliação social aborda as visitas familiares que não ocorriam e as atividades realizadas ou não durante a internação. Eduardo não participava de atividades educativas, apenas esporadicamente de atividades recreativas, mas trabalhava na unidade auxiliando em serviços gerais, já que antes das internações costumava realizar trabalhos braçais.

Os encaminhamentos da equipe são favoráveis à desinternação e ao tratamento ambulatorial, com acompanhamento da EAP para “sensibilizar a família quanto à relevância da continuidade do tratamento pós-desinternação”. Além disso, sugere-se a articulação com a RAPS, por meio do SUAS e CAPSad. Vale notar que no momento do relatório, a pandemia da covid-19 estava em seu pior momento, e a equipe ressaltou a importância de Eduardo deixar a unidade devido aos riscos de contágio, já que “os pacientes vivem aglomerados, aumentando, assim, a proliferação de microrganismos”, o que reforça as condições materiais precárias do estabelecimento manicomial, constituindo-o como um espaço-tempo distante de qualquer objetivo de saúde e de tratamento de saúde mental.

Já o relatório da EAP é encaminhado em 12 de janeiro de 2021. O breve documento inicia-se com a “identificação e a história judicial”, citando a filiação, o lugar de nascimento e o nível de escolaridade de Eduardo. Em seguida, indica-se, erroneamente, que ele estava cumprindo a medida de segurança pelo art. 121 (homicídio). Passa-se, então, aos relatos da entrevista, nos quais Eduardo diz que está cansado dos longos períodos de internação no sistema penitenciário, e que gostaria de “mudar de vida, não consumir drogas e bebidas alcoólicas e de morar com a avó”. A situação familiar é considerada fragilizada pela ausência de visitas e o desinteresse da genitora em conviver com o filho. Finalmente, o parecer indica que ele não possui “indicativo clínico compatível com a modulação de medida de segurança de tratamento ambulatorial”, ou seja, “necessária a manutenção do paciente no contexto atual e na medida já aplicada”. Nesse caso, o relatório da EAP, um dos únicos com assinatura de psiquiatra, mobiliza os mesmos argumentos de outros documentos que compõem o processo – drogas, “família desestruturada” e abandono familiar, indicando a permanência no HGP.

Em 4 de fevereiro de 2021, o MP se manifesta. O promotor utiliza os três relatórios multiprofissionais, frisando as análises negativas sobre Eduardo, por mais que haja indicação de desinternação em dois documentos. Ademais, cita características consideradas negativas nas avaliações: “inquieto, desconfiado, intolerante”; “dependência química, personalidade borderline”; “grande probabilidade de voltar à prática delituosa caso re-

torne ao convívio social”; “não recebe visita, não participa de atividade educacional, não divide cela com outros internos”. O relatório da EAP é crucial para o MP se manifestar pela manutenção da medida.

Dos documentos requeridos pelo juiz, somente o laudo do perito-psiquiatra não havia sido enviado, ainda que o mesmo tenha sido oficiado várias vezes para enviá-lo. Apenas em 10 de agosto de 2021, o laudo é juntado ao processo de execução. Em duas páginas, o médico analisa brevemente o histórico criminal e de privação de liberdade, os antecedentes pessoais (escolaridade, vínculos empregatícios etc.), os antecedentes familiares (histórico de doenças familiares), a evolução (uso de psicotrópicos, baixa tolerância à frustração), o estado físico e mental (comportamentos, higiene, roupas e funções neuropsicológicas). O diagnóstico segue o mesmo: F19.2 e F 60.31 do CID 10. Para o psiquiatra, o transtorno de personalidade de Eduardo marca a tendência a agir impulsivamente, sem considerar as consequências e com instabilidade afetiva; por isso, há possibilidade de violência e explosões comportamentais, desde autoagressões até agressões aos outros. A indicação é de “tratamento psiquiátrico ambulatorial em ambiente protegido por um período de 12 meses, levando em consideração a vulnerabilidade de sua estrutura psíquica”. Trata-se de clara contradição, haja vista que o tratamento ambulatorial deve ser realizado no território de referência do paciente, prezando pela não internação. O que seria um lugar protegido para realizar tratamento ambulatorial?

Em 17 de agosto de 2021, o juiz requisita novo laudo psiquiátrico, mas para a emergência psiquiátrica do Hospital das Clínicas Gaspar Vianna, instituição de assistência aos usuários e usuárias do SUS, onde Eduardo se encontrava por um motivo não especificado. Segundo a avaliação, realizada no dia 25 de agosto, Eduardo estava sem queixas, calmo, acessível ao diálogo. Pela boa anamnese, o psiquiatra indica acompanhamento psiquiátrico sem internação hospitalar. Também é enviada a ficha de evolução multiprofissional do HGP, redigida à mão, informando o bom estado psicossocial de Eduardo.

Considerando as boas avaliações biopsicossociais de Eduardo, em 23 de setembro de 2021, o juiz determina que a EAP efetue diligências a fim de possibilitar a desinternação, isto é, “resgatar laços familiares e informar o juízo dos resultados”, no prazo de 30 dias. A posição do MP vai ao encontro da decisão judicial, favorável à desinternação condicional sob supervisão da EAP e com vinculação ao CAPS e ao CRAS do município de origem. Com o prazo do relatório da EAP perdido, o juiz reitera o pedido, o qual não é respondido.

Ao longo do processo, vê-se a constante perda de prazos determinados pelo juiz, os quais precisam ser dilatados e lembrados, como em outros estados do Brasil. Em diferentes momentos, as justificativas usadas giram em torno da falta de recursos humanos, de impossibilidades de realização e de transferências. Há, nesse sentido, um *modus operandi* de fabricação de documentos e da vida institucionalizada, a partir de uma temporalidade que é possível ser alongada para alguns atores específicos, o que, ao mesmo tempo, acarreta em um lugar de espera constante das pessoas internadas. Mesmo com os atrasos, o juiz continua a pedir novas avaliações como procedimento de praxe, que tendem a ter o mesmo conteúdo e posicionamento, muitas vezes, a partir de trechos repetidos.

Em 25 de setembro de 2022, o juiz determina a realização de novo laudo psiquiátrico e novos exames psicossociais pela EAP, pelo HGP e pela equipe da VEP, no prazo de 30 dias, para avaliar a desinternação. Até novembro do mesmo ano, o pedido é reiterado, contudo, não é respondido. Em 12 de novembro, o juiz determina novo prazo de dez dias para a confecção dos exames. Nesse tempo, o andamento do processo aguarda as avaliações para a decisão judicial de desinternação ou não; Eduardo continua no HCTP.

O chamado “Relatório Circunstanciado”, da EAP, é encaminhado em 16 de novembro de 2022. Seguindo os moldes do último relatório, apresenta-se a história de Eduardo, marcada pelas trajetórias de internação na Fasepa e, posteriormente, no HGP. No momento da avaliação, Eduardo estava envolvido em atividades artesanais e trabalhando na unidade penal. Ainda não recebia visitas, o que é lido como “laços sociais completamente rompidos”. Já quanto ao tratamento medicamentoso, fazia-o de forma sistemática, sem recusa. A partir das avaliações, especialmente da falta de laços e de familiares que o pudessem receber, a equipe indica a moradia em RT, com o objetivo de ampliar as habilidades psicossociais “necessárias para um convívio satisfatório no território”.

O laudo psiquiátrico, por sua vez, é enviado em 20 de novembro de 2022. Elaborado pelo IML, aborda os antecedentes pessoais e a evolução – psíquica, comportamental –, com o foco nas infrações cometidas na menoridade, nas internações e nas relações familiares. Após a descrição do que teria ocorrido, em tom de demonstrar os atos violentos, o médico cita os medicamentos administrados, as terapêuticas medicamentosas em contraponto às autolesões. Na seção “Exame Físico e Mental”, indica-se que Eduardo estava bem, mas apresentava cicatrizes pelo corpo. Conclui-se pela presença de transtorno mental antissocial, novo diagnóstico, representado pelo CID 10 F60.2; por uma avaliação psiquiátrica-comportamental negativa, a qual mobiliza a “periculosidade” como critério avaliativo. Entretanto, o psiquiatra aponta que não era indicado o tratamento psiquiátrico, uma vez que o jovem era “incurável”:

O periciando é portador de uma perturbação mental, a qual tem caráter permanente. O periciando apresenta **alta periculosidade, alta chance de recorrência no cometimento de crimes e baixa sociabilidade**. Ele não se enquadra aos fins da medida de segurança, qualquer que seja seu regime. **O periciando apresenta ausência de remorsos pelos atos cometidos, falta de empatia, crueldade, ausência de aprendizado com os próprios erros, instabilidade emocional, terceirização da culpa pelos prejuízos acumulados, imaturidade emocional, baixa tolerância à frustração**. Ele é completamente capaz de entender a ilicitude de seus atos e parcialmente capaz de determinar-se de acordo com esse entendimento. Não há indicação de tratamento psiquiátrico. **Não há especial tratamento curativo para a perturbação mental da qual o periciando é portador. Ele não apresenta motivação para aderir a suporte de psicoterapia e de assistência social, a fim de obter mudança de seus paradigmas de comportamento.** [grifos nossos]

O laudo psiquiátrico revisita e atualiza os debates em torno das fronteiras entre as definições patológicas e morais, que têm permeado a história dos manicômios judiciais no Brasil, conforme apontado por Carrara (1998). Embora haja uma caracterização patológica da “perturbação mental”, esta não se encaixa no “tipo” de transtorno para o qual a internação no HCTP é indicada, uma vez que se trata de uma condição incurável, tal como definida pelo CID para transtorno antissocial. A avaliação mescla definições e julgamentos morais ligados à personalidade do indivíduo – tais como “padrões de comportamento,

imaturidade, falta de empatia” –, como se estivessem intrinsecamente relacionados a uma propensão para cometer delitos, o que justifica o parecer do profissional.

Após o envio, os operadores do direito se posicionam. Em 15 de dezembro de 2022, o promotor cita os argumentos psiquiátricos e da equipe da EAP para basear sua manifestação. Indica o prazo mínimo da medida de segurança – três anos –, comparando ao prazo máximo em abstrato correspondente ao tempo máximo da pena pelo delito cometido; nesse sentido, o tempo de internação já era superior. Ao contrário da posição tradicional adotada pelo MP na maioria dos casos analisados, o promotor manifesta-se pela extinção da medida, “em cumprimento à Súmula 527 do STJ”, para a qual o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.

Já a DP, pela segunda vez no processo, se manifesta. A defensora peticiona, nos mesmos termos do MP, pela extinção da medida de segurança, com a inclusão de Eduardo em programas estatais de atenção à saúde mental (CAPS), assistência social e residência terapêutica. As indicações baseiam-se nos laudos e nos relatórios fabricados pelo perito e pela EAP, frisando a necessidade de desinstitucionalização, a não adequação da internação compulsória e a situação degradante dos HCTPs no Brasil. O pedido de extinção requer a inclusão na RAPS, “pondo fim à grave violação de direitos no cárcere manicomial, por imperativo de lei e medida de inteira **JUSTIÇA**”.

A avaliação multiprofissional do HGP é encaminhada ao juiz apenas em 6 de janeiro de 2023. Já na introdução do documento, a equipe explicita que se pautou nas “instruções da Cartilha de Orientações para Manejos de Casos de Pacientes à luz da Lei n. 10.2016/2001 e da Portaria 002/2019-VEP/RBM/TJPA”, que traça o fluxo de atenção aos pacientes judiciais que se encontram internados no HGP. A análise divide-se por área de atuação: enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, serviço social e um parecer geral. Em suma, cada parte do documento mobiliza a história pregressa de Eduardo, contendo “histórico de insanidade mental”, delitos e internação na Fasepa, relações familiares fragilizadas ou inexistentes, e análises comportamentais-psicológicas-biológicas, todas para realizar a sugestão ao juízo. Tal sugestão conclui que o HCTP não tem condições de realizar o tratamento necessário, por isso o tratamento ambulatorial é mais adequado para o retorno ao convívio social. A desinternação estaria ligada à vaga em SRT, com acompanhamento da EAP e vinculação à RAPS.

Em 30 de janeiro de 2023, o juiz realiza o despacho para organizar as manifestações das partes. Nesse momento, um dos problemas mais recorrentes da desinstitucionalização se apresenta. O magistrado aponta a inexistência de vaga para acolher Eduardo; um processo de chamamento público corria para viabilizar novas vagas. Dada essa situação, junto ao rompimento de vínculos familiares, o juiz intima MP e DP para se manifestarem, em dez dias, com o objetivo de propor um lugar para encaminhamento. De forma recorrente, a ausência de vagas em SRTs ou em outros equipamentos de saúde produz a extensão da internação para aqueles que não possuem recursos materiais e apoio familiar após a desinternação. Outro fato corriqueiro é a noção compartilhada pelas equipes de que o sujeito não tem a possibilidade de gerir a vida sozinho, já que

nos casos analisados nunca há essa sugestão; é sempre necessário que ele esteja sob supervisão e vinculação às instituições estatais ou ao meio familiar.

Em 9 de fevereiro de 2023, a defesa manifesta-se novamente citando trechos dos relatórios que apontavam a ineficácia da internação compulsória no HGP e a importância do tratamento ambulatorial. Quanto à inexistência de vagas, a defensora mobiliza o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana (art. 5.º, III, CF/1988), afirmando que o Estado não pode se eximir da disponibilização de SRT à pessoa em situação de extrema vulnerabilidade. Enfim, solicita que o juiz determine ao governo do estado do Pará, via Secretaria de Saúde Pública, o cumprimento da Lei Antimanicomial e da Portaria Ministerial 106/GM/MS, de 11/02/2000, para a criação de novas unidades de SRT, sob pena de multa pecuniária por dia de atraso no eventual descumprimento da decisão de desinternação condicional. Dias depois, em 14 de fevereiro, o MP acompanha a requisição da defesa, ainda pedindo a extinção da medida de segurança, com o adendo de oficializar o prefeito, o procurador do município, a Secretaria de Saúde Municipal, a Secretaria de Saúde Estadual e o procurador-geral do estado, sob pena de responsabilidade civil e penal.

Em 8 de março de 2023, o HGP encaminha um relatório concernente ao contato realizado com a mãe de Eduardo. Por meio de um telefonema, a equipe dialogou com a mãe e descobriu que ela buscava o seu filho há meses, acreditando que ele já teria falecido. A mãe, com as dificuldades financeiras e de saúde que enfrentava, estava disposta a receber Eduardo, já que esperava “pelo dia que o mesmo retornaria ao seu lar e ela teria condições de cuidá-lo e acompanhá-lo em seu tratamento ambulatorial”. Tal acontecimento vai de encontro à toda a narrativa familiar de Eduardo, produzida pelas equipes por meio de relatórios e laudos. Como se observa, os efeitos punitivos da privação de liberdade na família recaem sobre a família (Cabral; Medeiros, 2015), tanto a partir do rompimento de laços quanto do isolamento e da falta de comunicação com a mãe, que não sabia o paradeiro do filho. Contrariando o discurso do abandono familiar, havia a possibilidade de retorno ao convívio com a figura materna.

Aproximadamente três anos após a primeira indicação de desinternação, no dia 15 de março de 2023, o juiz determina a extinção da medida de segurança, mediante vinculação ao CAPS e ao CRAS, para seguir tratamento ambulatorial medicamentoso e psicoterápico. Essa determinação ocorre, sobretudo, por conta do que o juiz chamou de “vínculos reestabelecidos com a família”, razão pela qual os operadores do direito concordam em desinterná-lo.

Em 5 de abril, uma analista judiciária informa a realização de reunião de “estudo de caso” com o HGP, a EAP e o CAPS do território de Eduardo, para pensar nas estratégias de acolhimento para ele e a sua família, quando fosse desinternado. Além disso, a EAP elabora o PTA de medida terapêutica. Tanto na ata da reunião do estudo de caso quanto no PTA, o caso é discutido e estratégias são delimitadas. Na ata da reunião, é possível compreender que os temas debatidos giram em torno da necessidade de tratamento psicoterápico e medicamentoso, do acompanhamento na RAPS, dos chamados fatores de risco e segurança – possibilidade de concessão de BPC –, e das condições materiais da residência materna. Informa-se, também, que a equipe do HGP faria a condução de Eduardo até o município e o “cuidado” posterior seguiria pela RAPS e pela EAP.

O último relatório multiprofissional elaborado pelo HGP é enviado em 6 de abril de 2023. Nele, a equipe realiza a análise retrospectiva dos quatro anos em que Eduardo esteve no manicômio, abrangendo desde sua gestação até a vida adulta, incluindo o histórico de uso de drogas ilícitas e lícitas, os tratamentos de saúde e os comportamentos durante os períodos de privação de liberdade. Dois itens adicionais, “Aspectos Psicológicos e Manejo de Crises” e “Perspectivas de Sociabilidade”, são incluídos. O primeiro realça a ação multiprofissional da equipe para lidar com situações violentas e instabilidades, contrastando com uma situação positiva percebida naquele momento. O segundo item aborda a ausência de visitas durante a internação, a recente reconexão com a mãe e os sentimentos nostálgicos de Eduardo em relação à família. Na seção “Enfermagem”, o estado clínico é avaliado como favorável.

Finalmente, em 11 de abril de 2023, a diretora do HGP envia um ofício informando que a “desinternação condicional” ocorreu nessa data e que Eduardo já estava a caminho de São Félix do Xingu, acompanhado da assistente social e da psicóloga. Os documentos seguintes relatam ao juízo os procedimentos de vinculação na RAPS, conforme exigido, e a sua matrícula na Educação de Jovens e Adultos (EJA) para cursar o ensino fundamental.

A trajetória de Eduardo ilumina distintas conexões entre indivíduos considerados inimputáveis e as suas movimentações por instituições psiquiátricas, hospitais, unidades socioeducativas, prisões e uma variedade de equipamentos de saúde e assistência social. Mallart (2021) descreveu tais movimentações detalhadamente, buscando compreender tanto as prisões quanto os manicômios como partes constitutivas de uma rede complexa de controle, punição e gestão de populações afetadas por relações de subordinação de natureza racial, territorial, econômica e familiar (Fernandes, 2023).

O processo de Eduardo demonstra como jogos de encaixe discursivos e gambiarras jurídico-psiquiátricas costuram e delineiam vidas institucionalizadas em razão do “transtorno mental” atravessado pelo conflito com a lei. Além disso, percebe-se que a construção desse sujeito inimputável destinado à internação compulsória em manicômio judiciário, em geral, não se inicia no “exame de sanidade” ou na sentença condenatória. Isso se estabelece a partir do agenciamento de históricos familiares, escolares, amorosos, comportamentais, ou seja, de tudo aquilo, referente à história pessoal e familiar, que é considerado “desviante”, “desestruturado”, “problemático”, “disfuncional”. A construção desse quadro contribui para a elaboração de um diagnóstico que aponte para a hipótese da “periculosidade” e justifique a internação, mesmo em casos em que não há o chamado “perigo social” relacionado ao delito.

No Pará, conforme dados apresentados, os transtornos de personalidade abarcam 36,4% dos casos. No que concerne a Eduardo, esta foi a condição diagnosticada, desencadeando os discursos que perpetuam a estigmatização observada nos manicômios, em especial, quando se trata do transtorno de personalidade antissocial (Mitjavila et al., 2012). Este transtorno foi identificado como a razão principal para a sugestão de internação no HGP por, no mínimo, três anos, devido às características sociocomportamentais manifestadas pelo jovem desde a sua internação na Fasepa. Simultaneamente, o transtorno antissocial resultou no diagnóstico psiquiátrico de “incurável”, caracterizando-o

como um indivíduo perigoso, a partir de “padrões morais” desviantes e comportamentos considerados inadequados.

Ainda assim, apesar das recomendações de desinternação por diversas equipes e por diferentes motivos, o período de internação se estendeu devido à morosa elaboração dos documentos, incluindo laudos e relatórios. Desde 2020, já havia sido sugerido o tratamento ambulatorial, no entanto, somente no ano de 2023, a desinternação se concretizou. Até então, o jovem estava enquadrado na situação recorrente de “abandono familiar” e insuficiência socioeconômica, fatores que, em vários casos, foram determinantes para as equipes e para o judiciário não efetivarem a saída do manicômio. Além disso, a falta de vagas em SRTs ou instituições similares continuou a prolongar o período de internação. O fator determinante para a decisão de desinternação foi o vínculo familiar com a mãe, que por muito tempo foi considerado como fragilizado ou inexistente. No entanto, essa percepção era baseada em uma interpretação equivocada das equipes sobre a relação de Eduardo com a figura materna. Na verdade, a mãe buscava o seu filho, mesmo sem saber onde ele se encontrava.

O afastamento do território de origem, a dificuldade em contatar familiares, amigos ou serviços de referência, e o isolamento imposto, são algumas das engrenagens punitivas da medida de segurança de internação. Nesse ponto, alguns elementos do que é conhecido como morte social se apresentam, uma vez que, ao ser internado no HCTP, Eduardo foi envolvido numa rede de gestão e controle que minou suas possibilidades de sociabilidade, produzindo uma vida institucionalizada desde a adolescência, gerada no coração de ampla malha de instituições, com os seus múltiplos saberes e poderes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Está em curso o enfrentamento aos hospitais-prisão, talvez a última fronteira do processo de desinstitucionalização promovido pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Este estudo, concebido e realizado durante a urgência política da Resolução n. 487/2023 do CNJ, buscou apresentar, a partir de distintos ângulos, o problema da medida de segurança no Brasil contemporâneo. Parte-se da certeza de que este problema não se restringe aos manicômios judiciais, mas evoca o sistema prisional, o sistema socioeducativo e a Rede de Atenção Psicossocial como um todo. O manicômio judiciário não está sozinho, mas ligado a uma rede de instituições e mecanismos, responsável pela gestão de determinadas populações, notadamente, pessoas pobres, em sua maioria negras, pouco escolarizadas e precariamente inseridas no mercado de trabalho.

A pesquisa aqui apresentada foi concebida e realizada ao longo de 12 meses de trabalho (entre a proposição da proposta e sua execução). A equipe, composta de estudiosos(as) dos temas aqui tratados, dividiu-se em três frentes e lançou mão de variadas metodologias para situar a questão de maneira ampliada. Como resultado, apresenta-se o perfil sociodemográfico, de saúde mental e jurídico da população internada nos sete estabelecimentos de custódia considerados, e a análise de processos judiciais dos sete estados selecionados com o intuito de desnudar temporalidades, argumentos jurídicos, fluxos processuais, e para produzir estudos de caso. Cada uma das partes apresenta distintas camadas do fenômeno, endereçando novas perspectivas.

Ao fim, a intenção deste trabalho é dupla: i) documentar e retratar diversos ângulos do fenômeno da medida de segurança, enfocando o perfil e a experiência das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei na interface com o sistema de justiça; e ii) oferecer subsídios empíricos e analíticos consistentes a todas as pessoas interessadas em mover as estruturas que sustentam, no presente, o funcionamento dos manicômios judiciais, sobretudo ao Poder Judiciário, que desempenha papel crucial na implementação da Política Antimanicomial e no compromisso com a proteção dos direitos humanos. Nesse aspecto, esse relatório é uma arma para a luta. Anseia-se que ele funcione, que ele ressoe e se acople com outras lutas em curso, as quais almejam o fim dos manicômios judiciais e das práticas manicomiais em suas diferentes formas; portanto, enquanto arma de combate, usem-na!

Ponto importante a ser assinalado com esta pesquisa é que, ao contrário do que se imagina, os ECTPs não são instituições extemporâneas, não vivem do seu passado, não são resquícios de um tempo antigo. Em outra chave, o estudo mostrou que tais estabelecimentos se mantiveram ativos no processo histórico do qual são parte, se reinventaram: quando pareciam ver o seu público “clássico” (homicidas esquizofrênicos) estagnar, incorporaram novo público (usuários e usuárias de drogas); quando pareciam destinados a serem taxados de asilares, estabeleceram fluxos de entrada e saída mais acelerados. Longe de tão somente conter o propalado “louco infrator”, os ECTPS se tornaram espaços de gerir conflitos prisionais, de conter a pequena delinquência urbana e de higienizar as cidades.

O foco em dossiês administrativos e processos judiciais não permitiu conferir a devida atenção à prática medicamentosa que é constituinte da dinâmica institucional. Essa lacuna está identificada e é recomendada como um ponto fulcral para estudos posteriores. Isso porque, no período observado, é evidente que as duas pontas, a do hospital e a da prisão, se expandiram, ampliando a malha médica e jurídica. Cada vez mais medicadas

e diagnosticadas, as pessoas estão fortemente enredadas nas tramas dos manicômios. Dentro deles, a dependência das avaliações psiquiátricas, especialmente do EVCP, pode fazer com que o tempo se efetive como indeterminado. Fora deles, a desinternação condicional prorrogou a medida de segurança, tornou os CAPS – e mesmo as EAPs – sistemas complexos de atenção, vigilância e controle.

Em meio às discussões sobre o fechamento dos ECTPs, é instigante observar, portanto, o quão vivas essas instituições estão: seguem cheias, desenvolvendo projetos, dispensando medicamentos, produzindo zonas de indeterminação entre violência e abandono, morte e vida. Com algumas variações entre os estados, os dados mostram que muitas são as pessoas que chegaram há menos de um ano nessas instituições. Da mesma forma, o alto número de internações provisórias persiste enquanto realidade. Além disso, a pesquisa evidencia que há diversas pessoas que entram e saem, entram e saem, vivem entre as ruas e os muros, num movimento constante.

É igualmente expressiva a situação de pessoas que, mesmo com a sentença de desinternação, não conseguem deixar a instituição. Especialmente as pessoas que não recebem apoio familiar e dependem do esforço das redes municipais de proteção social. Ora, a liberdade não é um processo simples, ela envolve suporte político. E as cidades parecem não estar preparadas para esse suporte. Como mostram os casos de Eduardo, Ricardo e Bernardo, minuciosamente apresentados na parte 3 deste relatório, o manicômio promove danos irreversíveis às biografias, cronifica ainda mais o sofrimento mental, produz morte social e física. Portanto, barrar a entrada e estimular o fluxo de saída dessas instituições é urgente.

Mas, extinto o manicômio judiciário, o que será da medida de segurança? Piauí e Mato Grosso do Sul são dois estados que interessaram precisamente por não possuírem ECTPs. Após a leitura analítica dos processos, depreende-se um cenário bastante complexo. Não apenas o tratamento ambulatorial atua em substituição, mas encaminhamentos para estabelecimentos prisionais comuns, vagas em comunidades terapêuticas custeadas pelo município em outro estado e determinações para o uso de tornozeleiras eletrônicas. Essas práticas retratam a continuidade da lógica manicomial punitiva, não sustentando o tratamento em saúde, conforme delineado exaustivamente neste estudo, e consequentemente comprometem o presente e o futuro em questão. Outros tantos dossiês lidos também mostraram que mesmo o tratamento ambulatorial pode implicar suspeita, inspeção, intensificando um entra e sai dos manicômios. A “quebra de CAPS” passou a ser termo corrente, compartilhado entre internos(as) e funcionários(as) das unidades de custódia paulistas, para se referir ao retorno aos ECTPs, por meio de mandados de captura e busca policial ativa de apreensão.

Como todo processo histórico, também este que se vivencia é aberto e, portanto, merece ser disputado. Nesse sentido, esta pesquisa toma parte na batalha e se posiciona: o fim dos ECTP precisa ser acompanhado da radicalização de posturas antimanicomiais na integralidade da condução das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Isso inclui um foco especial nos marcadores sociais da diferença que aumentam a vulnerabilidade dessas pessoas, para que não se perpetue o racismo e a criminalização do transtorno mental e da pobreza. Se o rompimento dos muros institucionais não se traduzir em nova ética do cuidado, é possível continuar punindo e aniquilando vidas, mesmo sem manicômios.

RECOMENDAÇÕES

Diante dos desafios que se apresentam à implementação da Política Antimanicomial do Judiciário, em diálogo com os dados desta pesquisa, propõem-se as recomendações a seguir, considerando os diversos atores envolvidos na garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Garantia de direitos a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e seus familiares

Ao Ministério da Saúde

- Incentivar os governos estaduais e municipais a fortalecer os serviços de saúde, e sensibilizar representantes do poder público sobre a importância do adequado atendimento da população com transtorno mental em conflito com a lei.
- Fortalecer a política de saúde mental, especialmente os serviços no território como os CAPS e as estratégias de desinstitucionalização.
- Fornecer suporte técnico e financeiro às secretarias municipais de saúde para o planejamento e expansão da RAPS, com o objetivo de assegurar o acesso aos serviços de saúde mental de base territorial e comunitária, com especial apoio à implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, essenciais para o processo de desinstitucionalização de todas as pessoas internadas nos ECTPs que assim necessitarem, e à capacitação de profissionais da RAPS.
- Apoiar tecnicamente e financeiramente as secretarias municipais de saúde para a ampliação do número de SRTs visando acolher egressos dos ECTPs.
- Fortalecer as Unidades Básicas de Saúde e os NASFs, potencializando a atenção básica e territorial.
- Promover a integração dos serviços de saúde mental com outras políticas sociais para impulsionar a qualidade de vida e possibilitar a construção do projeto de vida das pessoas com transtorno mental egressas dos ECTPs em processo de desinstitucionalização.
- Induzir o fortalecimento das políticas voltadas ao acolhimento de usuários(as) de drogas, envolvendo os Consultórios na Rua e os CAPSad, entre outros dispositivos de cuidado em liberdade e políticas que articulem temas como saúde, renda, moradia e qualificação.
- Promover articulação junto ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome para oferecer serviços e benefícios de forma qualificada e integrada com a saúde, cessando o financiamento às comunidades terapêuticas e redirecionando os recursos para os serviços da RAPS voltados à atenção a pessoas que fazem uso problemático de drogas.
- Promover a consolidação da PNAISP a partir de maior financiamento da política para direcionar o cuidado em saúde para os territórios, uma vez que a condição de segregação produz o agravamento da saúde das pessoas privadas de liberdade;
- Induzir a implementação das equipes de saúde (PNAISP) em todos os municípios sede de unidades prisionais.
- Ampliar o apoio e a habilitação das EAPs.
- Promover a formação e capacitação de gestores e profissionais do sistema de saúde, visando orientá-los sobre a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Ao Congresso Nacional

- Propor legislação orçamentária que aloque recursos para expandir os serviços integrantes da RAPS.
- Propor legislação para criação de serviços híbridos ou de moradia digna para egressos dos ECTPs, especialmente para aquelas pessoas que não se enquadram nos critérios de SRT.
- Não aprovar o Projeto de Decreto Legislativo n. 81/2023, que tem como objetivo sustar a aplicação da Resolução CCJ n. 487/2023.
- Não aprovar o Projeto de Lei n. 551/2024, que propõe alterar a Lei n. 10.216/2001, contrariando a Resolução CNJ n. 487/2023 e indo na contramão do processo de desinstitucionalização.

Aos Poderes Executivos Estadual e Municipal

- Fortalecer a política de saúde mental, especialmente os serviços no território como os CAPS, com o aumento do número de SRTs, observando a possibilidade de criação de SRTs regionais, a partir da pactuação entre municípios, com recursos específicos do Ministério da Saúde para contribuir efetivamente no processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais egressas dos ECTPs.
- Implantar as EAPs ou equipes conectoras nos estados onde ainda não foram implementadas, vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde, para matriciamento da rede e encaminhamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei aos serviços da RAPS, bem como para subsidiar e acompanhar os incidentes de insanidade instaurados.
- Fortalecer as Unidades Básicas de Saúde e os NASFs, potencializando a atenção básica e territorial.
- Sensibilizar representantes do poder público e profissionais do SUS e do SUAS, bem como de outras políticas, sobre a importância do adequado atendimento da população com transtorno mental em conflito com a lei.
- Promover e apoiar iniciativas de formação e capacitação para profissionais dos sistemas de justiça, saúde e assistência social, visando orientá-los sobre a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.
- Promover a integração dos serviços de saúde mental com outras políticas sociais para impulsionar a qualidade de vida e possibilitar a construção do projeto de vida das pessoas com transtorno mental egressas em processo de desinstitucionalização.
- Desenvolver políticas voltadas ao acolhimento de usuários(as) de drogas, envolvendo Consultório na Rua e CAPSad e outros dispositivos de cuidado em liberdade e políticas que articulem temas como saúde, renda, moradia e qualificação.
- Interromper o financiamento de comunidades terapêuticas, com o redirecionamento da verba para os serviços da RAPS de atenção a pessoas que fazem uso problemático de drogas.
- Estabelecer uma força-tarefa para garantir a implementação das equipes de saúde previstas na PNAISP em todos os municípios sede de unidades prisionais.
- Implementar políticas de apoio a familiares de pessoas internadas em ECTPs e egressas de tais estabelecimentos.
- Realizar levantamento e identificação dos programas e serviços oferecidos pelo SUS, SUAS, entre outras políticas sociais, essenciais para assegurar os direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.
- Promover levantamento sobre a situação documental de todas as pessoas institucionalizadas nos ECTPs, com o objetivo de regularizar as situações que demandam intervenções específicas.

- Desenvolver diretrizes para a elaboração, atualização e padronização do Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- Fortalecer as políticas de acolhimento a vítimas de violência doméstica.
- Discutir projetos de leis de execução penal estaduais que reforcem os princípios e diretrizes da política antimanicomial.
- Fortalecer os mecanismos de controle social da execução penal como os conselhos da comunidade e os conselhos penitenciários, além dos conselhos sobre políticas de drogas, dialogando com eles sobre a política antimanicomial;
- Implementar Comitês e Mecanismos Estaduais de Prevenção e Combate à Tortura, de acordo com a Lei n. 12.847/2013, com o Decreto n. 8.154/2013 e o Decreto n. 6.085/2007, naqueles estados que ainda não dispõem de tais órgãos.

Aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde

- Monitorar as ações de fortalecimento da política de saúde mental, notadamente a implantação de novos serviços e estratégias de desinstitucionalização e fluxo para a não institucionalização.

À autoridade judicial da vara criminal/execução penal e das câmaras criminais dos tribunais de justiça (e no que se aplica, à Justiça Federal)

- Elaborar fluxos de atendimento e acompanhamento dos casos desde o momento da detenção da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, com particular atenção às situações de crise, envolvendo a articulação com as políticas públicas de proteção social.
- Designar equipe multidisciplinar ou referenciar as equipes do Serviço APEC (quando houver) nas audiências de custódia de modo a garantir o atendimento e encaminhamento adequados às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, em constante interlocução com a EAP.
- Zelar para que não haja encaminhamento de pessoas com transtorno mental a unidades prisionais, alas e outros espaços com características asilares.
- Zelar para que não haja determinação de monitoramento eletrônico a pessoas com transtorno mental, tendo em vista seu caráter punitivo e dissociado das diretrizes do cuidado em saúde mental, em conformidade com o art. 7.º, § 1.º da Resolução CNJ n. 487/2023.
- Reorientar o conteúdo da decisão de desinternação, eliminando a imposição das condições típicas do livramento condicional e adotando a perspectiva de garantia da atenção integral à saúde, considerando que a vigilância do judiciário descaracteriza os propósitos da atenção em saúde mental.
- Evitar a determinação de reinternação devido ao descumprimento das condições estabelecidas na decisão de desinternação, assegurando que o tratamento seja devidamente fornecido pelos serviços de saúde, com o apoio da assistência social e a possibilidade de “busca ativa” pelos serviços de saúde, considerando também eventuais dificuldades de adesão ao tratamento
- Estabelecer diretrizes para prevenir a transinstitucionalização (transferência entre instituições), com especial atenção para evitar encaminhamentos para hospitais psiquiátricos ou outras instituições com características asilares, assim como clínicas ou comunidades terapêuticas
- Participar de iniciativas de formação e capacitação para profissionais do sistema de justiça sobre a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.
- Participar de iniciativas de formação e capacitação para profissionais do sistema de justiça sobre a política de saúde voltada para usuários(as) de drogas, visando evitar

a institucionalização desses(as) usuários(as) em manicômios ou estabelecimentos congêneres.

- Promover o cumprimento rigoroso dos termos da Resolução CNJ n. 487/2023.

Dinâmicas processuais, perícia médico-legal e outras avaliações

Aos órgãos do sistema de justiça que atuam na área criminal/execução penal; Judiciário, Ministério Público Estadual e Defensoria Pública Estadual

- Respeitar os prazos processuais, priorizando os casos de pessoas com transtorno mental em situação de crise e/ou presas provisoriamente.
- Atentar para a Constituição Federal de 1988, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001), as Resoluções do CNJ e do CNPCP relativas ao tema, bem como a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, nas ações penais e de execução penal que envolvem pessoas com transtorno mental ou com deficiência psicossocial em conflito com a lei.
- Aprimorar o acompanhamento dos processos de execução da medida de segurança, que deverá ser guiada pelo PTS da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, em conformidade com a Lei n. 10.216/2001.
- Realizar interlocução permanente com as EAPs para o devido acompanhamento dos casos de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no curso das ações penais e de execução penal.
- Considerar as recomendações realizadas por outros(as) profissionais da rede de saúde, das equipes multiprofissionais ou da EAP, para além dos(as) peritos(as) médico-legais, diversificando as fontes que subsidiam suas decisões.
- Promover capacitações na DP juntamente com as seções da OAB sobre a medida de segurança e a política antimanicomial como forma de fortalecer os mecanismos de defesa para os(as) usuários(as).
- Promover capacitações no Ministério Público sobre a medida de segurança e a política antimanicomial.
- Elaborar protocolos institucionais para a atuação da DP e do MP em conformidade com a política antimanicomial à luz da normativa vigente.

Aos órgãos realizadores de perícia médico-legal

- Promover a capacitação e orientação dos peritos médico-legais para elaborar laudos periciais com base no modelo biopsicossocial da deficiência, conforme preconizado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e pela Lei Brasileira de Inclusão, visando, entre outros aspectos, a superar a noção da periculosidade nas avaliações.
- Estabelecer protocolos e um cronograma para a realização de perícias relacionadas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, garantindo o cumprimento dos prazos processuais e o local adequado para a perícia.
- Designar os peritos médico-legais para a realização de perícias relacionadas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, de forma descentralizada, a partir de polos regionais nos estados.
- Constituir ou reconstituir os quadros de peritos(as) médico-legais nos estados conforme as diretrizes da política antimanicomial.

Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário

À autoridade judicial da vara criminal/execução penal e ao Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo (GMF) dos Tribunais de Justiça Estaduais

- Observar os prazos previstos nos atos de interdição parcial e total dos ECTPs conforme a Resolução CNJ n. 487/2023.
- Atualizar os dados sobre a realidade das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei para qualificar o processo intensificado com a publicação da Resolução CNJ n. 487/2023.
- Elaborar indicadores voltados ao processo de desinstitucionalização no contexto da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.
- Desenvolver estratégias contínuas para monitorar a implementação e a sustentabilidade da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.
- Elaborar indicadores voltados ao fluxo dos processos relacionados às pessoas com transtorno mental e deficiência psicossocial em conflito com a lei, garantindo maior celeridade em seu julgamento.
- Implantar e dotar os Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário (CEIMPA), com os recursos necessários para seu funcionamento efetivo.
- Auxiliar na construção e fiscalização dos fluxos que compreendem todo o ciclo penal afetos à política antimanicomial do Poder Judiciário.
- Atuar por meio de fiscalização e outros atos pertinentes para que não haja transinstitucionalização das pessoas com transtorno mental e deficiência psicossocial em conflito com a lei para locais com características asilares (unidades prisionais, alas, cadeias, comunidades terapêuticas etc.).
- Promover e apoiar iniciativas de formação e capacitação para profissionais dos sistemas de justiça, saúde e assistência social, visando orientá-los sobre a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P.; GUPTA, A.; MITCHELL, T. **Antropología del Estado**. México: Fondo de Cultura Económica, 2015.
- ADORNO, S.; PASINATO, W. A justiça no tempo, o tempo da justiça. **Tempo Social**, v. 19, n. 2, p. 131-155, nov. 2007.
- ALMEIDA, Silvia Leticia de. **O direito da pessoa com deficiência à avaliação biopsico-social, multiprofissional e interdisciplinar**. Dissertação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2022.
- ALVAREZ, M. C. **Bacharéis, criminologistas e juristas: saber jurídico e nova escola penal no Brasil (1889-1930)**. Tese. Universidade de São Paulo, São Paulo. 1996.
- AMARAL, A. J. A. A cultura do controle penal na contemporaneidade. **Revista Jurídica da Presidência**. Brasília, v. 12, n. 98, p. 385-411, out. 2010/jan. 2011.
- AMARAL, M. C. S. de. Criminosos, mas também doentes: a construção do usuário de drogas criminalizado nas decisões da justiça criminal de São Paulo. In: XIV Reunião de Antropologia do Mercosul, 14., 2023, Niterói. **Anais eletrônicos** [...]. São Paulo: Síntese Eventos, 2023. Disponível em: <https://www.ram2023.sinteseeventos.com.br/anais/divisao/lista>. Acesso em: 29 jan. 2024.
- ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SESAPI. **Hospital Areolino de Abreu: há 43 anos cuidando da saúde e combatendo o preconceito**. 3 abr. 2011. (atualizado em 9 fev. 2023). Disponível em: <https://www.saude.pi.gov.br/noticias/2011-04-03/3493/hospitalareolino-de-abreu-ha-43-anos-cuidando-da-saude-e-combatendo-opreconceito.html#:~:text=%E2%80%9C9C-Nossa%20maior%20dificuldade%20%C3%A9%20informar,manicomial%E2%80%9D%2C%20explica%20a%20diretora>. Acesso em: 17 abr. 2023.
- ASSIS, J. T.; BARREIROS, G. B.; CONCEIÇÃO, M. I. G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 16, n. 4, p. 584-596, dez. 2013.
- ANDRADE, V. R. P. de. **Pelas mãos da criminologia: o controle penal para além da (des) ilusão**. Rio de Janeiro: Revan, 2012. 2ª reimpressão, 2017.
- ANTUNES, S. **Perigosos e inimputáveis: a medida de segurança em múltiplas dimensões**. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-graduação em Antropologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-17022023-141022/pt-br.php>. Acesso em: 6 dez. 2023.
- BAHIA. Tribunal de Justiça do Estado. **Provimento Conjunto n. CGJ/CCI-03/2024**. Dispõe sobre a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, estabelecida pela Resolução n. 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, no âmbito do Estado da Bahia. Salvador, 2024.
- BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 6, n. 2, p. 171-182, 2012.
- BARROS, A. S. **Trajetória de criação da ala especial de medidas de segurança na penitenciária III de Franco da Rocha: o circuito da periculosidade**. Mestrado em Psicologia Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2018.
- BARROS-BRISSET, F. O. Genealogia do conceito de periculosidade. **Responsabilidades: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ)**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, p. 37-52, 2011. Disponível

em: <https://bd.tjmg.jus.br/server/api/core/bitstreams/38a46d97-5119-4427-8a17-061b-6d1bbaca/content>. Acesso em: 29 jan. 2024.

BORGES, N. **Damião Ximenes**: primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Revan, 2009.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Institui o Código Penal.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941**. Institui o Código de Processo Penal.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. **Decreto n. 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. 2009a.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 06 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.

BRASIL. **Lei n. 13.840, de 05 de junho de 2019**. Altera as Leis n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei n. 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1.º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua**: aprendendo a contar. Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 1, de 2 de janeiro de 2014**. 2014a. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 29 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 94, de 14 de janeiro de 2014**. 2014b. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtornos mentais em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html. Acesso em: 29 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.876, de 18 de julho de 2024**. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS n. 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). 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: 20 jul. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADPF n. 347**, de 04 de outubro de 2023. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/1ADPF347Informaoso-ciedadeV2_6out23_17h55.pdf. Acesso em: 29 abr. 2024.

CAETANO, H. **Loucos por liberdade**. Goiânia: Escolar Editora, 2019.

CAMPOS, M. da S. **Pela metade**: as principais implicações da nova lei de drogas no sistema de justiça criminal em São Paulo. São Paulo: Annablume, 2019.

CARRARA, S. **Crime e Loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. São Paulo: Edusp, 1998.

CARVALHO, S. **Penas e Garantias**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

CARVALHO, S. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

CAVALCANTE, M. A. L. **É constitucional a Resolução do CNJ que determinou a tramitação da execução penal em todo país por meio do Sistema Eletrônico de Execução Unificado (SEEU). Buscador Dizer o Direito**, Manaus. Disponível em: <https://www.buscadordizero-direito.com.br/jurisprudencia/detalhes/cea0c0b601708bb928f7633a41db56d5>. Acesso em: 24 abr. 2024

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

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Justiça em números 2023**. Brasília, 2023a.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário**: Resolução CNJ n. 487 de 2023. Brasília, 2023b. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/digital-manual-antimanicomial.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Painel de Ações Estaduais para implementação da Resolução CNJ n. 487 de 2023**. Mapa de Implementação das Ações da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Brasília, 2024. Disponível em: <https://dados-faju.shinyapps.io/painel-acoes-estaduais-res-cnj-487/>. Acesso em: 17 jul. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação n. 35, de 12 de julho de 2011**. Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação n. 91, de 15 de março de 2021**. Recomenda aos tribunais e magistrados(as) a adoção de medidas preventivas adicionais à propagação da infecção pelo novo coronavírus e suas variantes – Covid-19 – no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução n. 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. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. 2023c.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Resolução Conjunta n. 1, de 29 de setembro de 2009**. Institucionaliza mecanismos de revisão periódica das prisões provisórias e definitivas, das medidas de segurança e das internações de adolescentes. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. **Resolução n. 5, de 4 de maio de 2004**. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. 2004.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. **Resolução n. 4, de 30 de julho de 2010**. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. **Resolução n. 4, de 18 de julho de 2014**. Dispõe sobre as diretrizes básicas para a atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. 2014.

CORREIA, L. C. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental autoras de delito**. 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

CORREIA, L. C.; ALMEIDA, O. M. Toda prisão é crueldade, tem corpo e cara da tristeza: medidas de enfrentamento à covid-19 e o sistema manicomial carcerário da Paraíba. In: SOUSA JUNIOR, J. G., RAMPIN, T. T. D., AMARAL, A. C. (Orgs.). **Direitos humanos e covid-19, v.2: respostas sociais à pandemia**. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2022. p. 755-792.

CORREIA, L. C. *et al.* Loucas por direitos: desencarcerando mulheres em sofrimento mental e em conflito com a lei na Paraíba. In: MELLO, B. M.; COSTA, I. E. (Org.). **Direitos Humanos e Tortura no Brasil: perspectivas sobre violências e práticas de Estado**. João Pessoa: Sistema Estadual de Prevenção e Combate à Tortura, 2023. p. 179-189.

CORREIA, L. C.; PINTO, H. M. S. Saúde mental e direitos humanos: fragilidades e provisões necessárias para o sistema interamericano. **Direito Público**, v. 20 n. 108, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.11117/rdp.v20i108.7515>.

DAS, V.; POOLE, D. (Org.). **Anthropology in the margins of the State**. Santa Fe: School of American Research Press, 2004.

DIAS, J. A. A. **A gestão documental e a interoperabilidade na melhoria da prestação de serviços da Penitenciária de Psiquiatria Forense do Estado da Paraíba** – PPF/PB. 2019. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquivologia) – Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2019.

DAVIS, A. **A liberdade é uma luta constante**. São Paulo: Boitempo, 2016

DINIZ, D. **A casa dos mortos** [documentário]. Brasília: Imagens Livres, 2009.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

FASSIN, D. L'Asile et la prison. **Esprit**, n. 3, p. 82-95, 2015.

FELTRAN, G. S. Das prisões às periferias: coexistência de regimes normativos na Era PCC. **Revista Brasileira de Execução Penal**, v. 1, p. 45-71, 2020.

FERNANDES, V. M. **Prender o outro, conter o louco: a constituição do inimputável entre papéis, verdades e movimentos**. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2023.

FERREIRA, J. C.; PATINO, C. M. O que é análise de sobrevida e quando devo utilizá-la? **J Bras Pneumol.**, v. 42 n. 1, p. 77, 2016.

FOUCAULT, M. Verdade, poder e si mesmo. In: M. B. Motta (Org.). **Ética, sexualidade, política. Ditos e escritos V**. Ed. Monteiro e I. Barbosa, Trad. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: VMF Martins Fontes, 2010.

FRANCO, T. **Além da medida**: uma etnografia do “tratamento” previsto na medida de segurança em um manicômio judiciário do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Relatório final de atividades da pesquisa sobre reincidência criminal**, conforme Acordo de Cooperação Técnica entre o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Ipea (001/2012) e respectivo Plano de Trabalho. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/2088-150611relatorioreincidenciacrimal.pdf>. Acesso em: 6 maio 2024.

JESUS, M. G. M. de. **A verdade jurídica nos processos de tráfico de drogas**. São Paulo: D’Plácido, 2018.

KEMPER, M. L. C. Desinstitucionalização e saúde mental de privados de liberdade com transtornos mentais: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27 n. 12, p. 4569-4577, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XMFMBM-Pmpymg7dXGkBxT84y/?format=pdf&lang=pt>.

KOLKER, T. Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto da reforma psiquiátrica: realidades evidenciadas pelas inspeções e alternativas possíveis. In: VENTURINI, E.; DE MATTOS, V.; OLIVEIRA, R. T. (Eds.). **O louco infrator e o estigma da periculosidade**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2016.

LEVY, B. F.; SILVA, E. Q.; ROCHA, W. B. Narrativas em disputa sobre a loucura: da (re)produção discursiva sobre a periculosidade aos agenciamentos das internas em manicômios judiciários no Pará e no Distrito Federal. **Antropolítica** – Revista Contemporânea de Antropologia, v. 55 n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/antropolitica2023.i1.a52782>

LOPES, Aury. **Direito processual penal**. São Paulo: Saraiva Jur, 2019.

LOWENKRON, L.; FERREIRA, L. Anthropological perspectives on documents: ethnographic dialogues on the trail of police papers. **Vibrant**, v. 11, n. 2, p.76-112, 2014.

MAGNO, P. Encarceramento feminino: um olhar sobre mulheres e medida de segurança. **Revista Defensoria Pública Estado do Rio Grande do Sul**. Ano 7, v. 16, p. 225-260, 2016. Disponível em: <https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2017/04/ENCARCERAMENTO-FEMININO-UM-OLHAR-SOBRE-MULHERES-E-MEDIDAS-DE-SEGURAN%C3%87A.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2024.

MALCHER, F. S. **A dessubjetivação terapêutica**: um estudo do dispositivo criminal punitivo dos inimputáveis por doença mental. 2014. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Direito) – Centro Universitário do Pará, Belém.

MALLART, F. **Findas linhas**: circulações e confinamentos pelos subterrâneos de São Paulo. Lisboa: Etnográfica Press, 2021.

MALLART, F.; RUI, T. Cadeia ping-pong: entre o dentro e o fora das muralhas. **Ponto Urbe**, n. 21, p. 1-17, ago./dez. 2017.

MARAFIGA, C. V.; COELHO, E. R.; TEODORO, M. L. M. A alta progressiva como meio de reinserção social do paciente do manicômio judiciário. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 12, p. 77-95, jun. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 maio 2024.

MARQUES, A. **Crime, proceder, convívio-seguro**: um experimento antropológico a partir de relações entre ladrões. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://>

www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-15032010-103450/en.php. Acesso em: 02 maio 2024.

MILANEZI, J. Eu não vou parar por causa de uma raça: a coleta de raça/cor no SUS. **Blog DADOS**. Rio de Janeiro, 4 jun. 2020. Disponível em: <http://dados.iesp.uerj.br/coleta-da-raca-cor-no-sus/>. Acesso em: 10 nov. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Volta para Casa**. [s.l.] [s.d.] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa>. Acesso em: 10 nov. 2023

MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA. **Relatório de visita a unidades de privação de liberdade no estado da Paraíba**, out. 2016. Brasília: Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, p. 43-57, 2016. Disponível em: <https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2019/09/paraiba-relatorio-de-visita-as-unidades-de-privacao-de-liberdade-da-paraiba-outubro-2016-1.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2023.

MOURA, R. F. S. de; SILVA, C. R. de C. e .. Saúde mental na atenção básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35 n. 1, p. 199-210, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001832013>. Acesso em: 10 nov. 2023.

MITJAVILA, Myriam; MATHES, Priscilla. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. **Temas Livres – Physis** v. 22 n. 4, 2012.

NEGRI, C. R. **O sofrimento mental de pessoas privadas de liberdade**: dados de uma unidade prisional paulista. 113f. Dissertação (Mestrado profissional em Medicina). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

OLIVEIRA, L. V. E. *et al.* Assistência às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei: perspectiva de gestores e profissionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, e33029, 2023.

OLIVEIRA, M. V. B. N.; MACHADO, B. A. O fluxo do sistema de justiça como técnica de pesquisa no campo da segurança pública. **Revista Direito e Práxis**, v. 9, n. 2, p. 781-809, abr. 2018.

OLIVEIRA, P. F. C. M. **Nas trincheiras da luta antimanicomial**: uma sistematização da experiência da Defensoria Pública nos manicômios judiciais do Rio de Janeiro. 719f. Tese (Doutorado em Direito). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

PARÁ. Tribunal de Justiça do Estado. **Portaria n. 002/2019 da VEP/RMB/TJPA**. Dispõe sobre implementação de ações voltadas à atenção integral ao paciente judiciário do Estado do Pará. Disponível em: Diário da Justiça do estado do Pará de 4 out. 2019.

PARÁ. Tribunal de Justiça do Estado. **Cartilha orientações para manejo de casos de pacientes judiciais à luz da Lei n. 10.216/2001**. Belém, [s.d.]. Disponível em: <https://www.tjpa.jus.br/CMSPortal/VisualizarArquivo?idArquivo=967151>. Acesso em: 6 dez. 2023.

PARÁ. Secretaria de Estado de Administração Penitenciária. **Portaria n. 114/2023 – GAB/SEAP/PA**. Dispõe sobre a uniformização dos procedimentos e cadastros de visitas no âmbito das Unidades Penitenciárias administradas pela SEAP/PA e dá outras providências. Disponível em: Diário do Pará de 29 mar. 2023.

PARAÍBA. Tribunal de Justiça do Estado. Vara da Execução Penal da Comarca de João Pessoa. Portaria n. 001/2012, de 19 de dezembro de 2012. **Diário da Justiça Eletrônico (DJE)**.

PARAÍBA. Tribunal de Justiça do Estado. Vara Privativa de Execução Penal da Comarca da Capital. **Portaria n. 06/2020**, de 5 de maio de 2020.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-PB n. 19, de 02 de março de 2021**. Institui o Plano Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei da Paraíba. Disponível em: https://paraiba.pb.gov.br/diretas/secretaria-de-planejamento-orcamento-e-gestao/copy_of_PLANOESTADUALFINALIZADO.pdf. Acesso em: 6 dez. 2023.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência Executiva de Atenção à Saúde. Núcleo de Assistência à Saúde Prisional. **Relatório de identificação de atuação da Saúde Prisional no Estado da Paraíba**. João Pessoa, 2023.

PARAÍBA. Tribunal de Justiça *et al.* **Termo de Cooperação Técnica para a Implantação do Programa de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei do Estado da Paraíba** – PROA-PB. João Pessoa, 2023.

PARAÍBA. Tribunal de Justiça. **ATO CONJUNTO CGJ-GMF-PB N. 01/2024**. Dispõe sobre a interdição parcial da Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) nos termos da implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, estabelecida pela Resolução CNJ n. 487/2023 no âmbito do Estado da Paraíba. João Pessoa, 2024.

PARAÍBA. Ministério Público. MPPB discute implantação de programa de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. **Site do Ministério Público da Paraíba**. João Pessoa, 27 jul. 2023. 2023a. Disponível em: <https://www.mppb.mp.br/index.php/30-noticias/saude/25101-mppb-discute-implantacao-de-programa-de-atencao-a-pessoa-com-transtorno-mental-em-conflito-com-a-lei>. Acesso em: 6 dez. 2023.

PARAÍBA. Tribunal de Justiça. GT avança Programa de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei. **Site do Ministério Público da Paraíba**. João Pessoa, 27 set. 2023. 2023b. Disponível em: <https://www.tjpb.jus.br/noticia/gt-avanca-programa-de-atencao-a-pessoa-com-transtorno-mental-em-conflito-com-a-lei>. Acesso em: 6 dez. 2023.

PASTORAL CARCERÁRIA. **Hospitais-Prisão**: notas sobre os manicômios judiciais de São Paulo. São Paulo: Pastoral Carcerária, 2018.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v. 23 n. 1, p. 154-162, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>.

PEREIRA, S. L. B. *et al.* (Orgs.). **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: EDUFPI, 2017. Disponível em: https://www.ufpi.br/arquivos_download/arquivos/EDUFPI/A_POL%C3%8DTICA_DE_SA%C3%9ADE_MENTAL_NO_PIAU%C3%8D_SOB_A_%C3%-89GIDE_DA_RAPS.pdf. Acesso em: 29 jan. 2024.

PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001**. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2016/03/Parecer-sobre-Medidas-de-Seguran%C3%A7a-e-Hospitais-de-Custodia-e-Tratamento-Psiquiatrico-sob-a-perspectiva-da-Lei-N.-10.216-de-2001.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2024.

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

RILES, A. **Documents**: Artifacts of modern knowlegde. Michigan: University of Michigan Press, 2006.

ROCHA, E. N.; LUCENA, A. F. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 39, 2018.

ROSA, L. C. S; SILVA, S. L. C. O cenário de (des)institucionalização em saúde mental do Piauí a partir das EAPS. **Rev. FSA**, Teresina, v.18, n. 1, art. 15, p. 327-353, jan. 2021. Dispo-

nível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/2191>. Acesso em: 27 maio 2024.

ROSA, A. M.; SILVEIRA FILHO, S. L. **Medidas compensatórias da demora jurisdicional**: a efetivação do direito fundamental à duração razoável do processo penal. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

RUI, T. **Corpos abjetos**: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Estadual de Campinas, 2012.

SAAVEDRA, A. Governo transfere detentos envolvidos em mortes no presídio de Altamira. **Agência Pará**. Belém, 2 out. 2019. Disponível em: <https://www.agenciapara.com.br/noticia/15405/governo-transfere-detentos-envolvidos-em-mortes-no-presidio-de-altamira>. Acesso em: 6 dez. 2023.

SADDI, F. C. *et al.* Acolhendo pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei dentro da Rede de Saúde – o desenho inovador do PAILI-GO. In: CORREIA, L. C.; PASSOS, R. G. **Dimensão jurídico política da reforma psiquiátrica brasileira**: limites e possibilidades. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. p. 109-132.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado. **STF suspende obrigatoriedade do SEEU**. 16/12/2019. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Noticias/Noticia?codigoNoticia=59924>. Acesso em: 23 abr. 2024.

SAPORI, L. F.; LIMA, F. **O papel da prisão em flagrante na dinâmica do Sistema de Justiça Criminal em um município de pequeno porte na RMBH (MG)**. Trabalho apresentado no 41.º Encontro Anual Anpocs, Caxambu, 23 a 27 out. 2017.

SHARMA, A.; GUPTA, A. (Org.). **The Anthropology of the State**: a reader. Oxford: Blackwell publishing, 2006.

SILVA, A. A. **Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará**. 2015. 345f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

SILVA FILHO, E. B. **História da psiquiatria na Paraíba**. João Pessoa: Santa Clara, 1998.

SOUSA, K. D. **Práticas que constituem o programa de atenção integral ao paciente judiciário do estado do Pará** – o acontecimento Praçaí. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Pará, Belém, 2023.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A aplicação das medidas de segurança sob o crivo do STJ. **Site STJ – Notícias, Especial**. 3 abr. 2022. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portaltj/Paginas/Comunicacao/Noticias/03042022-A-aplicacao-das-medidas-de-seguranca-sob-o-crivo-do-STJ.aspx>. Acesso em: 5 dez. 2023.

TABORDA, J.G.; CHALUB, M.; ABDALLA FILHO, E. **Psiquiatria forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 281-295

TEDESCO, S. H. A função ético-política das medidas de segurança no Brasil contemporâneo. In: VENTURINI, E.; DE MATTOS, V.; OLIVEIRA, R. T. (Eds.). **O louco infrator e o estigma da periculosidade**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2016.

VIANA, I. S. A. **O papel do Ministério Público na defesa do direito à saúde da pessoa com transtorno mental autora de delito**: um estudo de caso. 100f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

VIANNA, A. Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais. In: Castilho, R. R.; Lima, A. C. de S.; Teixeira, C. C. (Orgs.). **Antropologia das práticas de**

poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações. Rio de Janeiro: Contra Capa/FAPERJ, 2014. p. 43-70.

WACQUANT, L. **Punir os Pobres:** a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. Rio de Janeiro: Revan. En línea: 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. **Prisons and health.** 2014. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/128603/9789289050593-eng.pdf?sequence=3%20%20Image?%20Yes>. Acesso em: 29 jan. 2024.

APÊNDICES

Apêndice 1: Bases de dados (Arquivos no sharepoint do CNJ)

E1_dadosTratados_Taubate

E1_dadosTratados_TaubateeFR

E1_dadosTratadosBA

E1_dadosTratadosFR1

E1_dadosTratadosFR2

E1_dadosTratadosPA

E1_dadosTratadosPB

E1_dadosTratadosRS

E1_dadosTratadosTODOS

E2_(CNJ)_p19

E2_dadosTratadosBA

E2_dadosTratadosMS

E2_dadosTratadosPA

E2_dadosTratadosPB

E2_dadosTratadosPI

E2_dadosTratadosRS

E2_dadosTratadosSP

E2_dadosTratadosTodos

Apêndice 2: Formulário – Pesquisa censitária e de campo

ATENÇÃO PARA AS REGRAS DE PREENCHIMENTO

- Todas as perguntas são de preenchimento obrigatório
- Se houver pergunta de texto aberto em que a resposta não se aplica, responder com as letras NSA (nessa grafia, sem ponto final entre as letras)
- Se houver pergunta de data e você não tem essa informação, responder com os números 01/01/1901

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome do ECTP:
2. Data da visita:
- 2a. Nome do pesquisador:

II. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

3. Nome completo:
4. Data de nascimento:
5. Idade auferida:
6. Nacionalidade:
7. Sexo/Gênero:
8. Raça/etnia:
9. Situação Conjugal:
10. Quanto filhos?
11. Escolaridade:
12. Cidade onde residia antes da internação:
13. Estado onde residia antes da internação:
14. Há referência familiar?
15. Há referência de serviços de saúde ou assistência social?
16. Há referência de amigos/vizinhos?
17. Há referência de curador dativo?
18. Há registros de experiências laborais em período próximo à internação?
19. Se sim, qual?
20. Recebia alguma renda/salário decorrente do trabalho exercido antes da internação?
21. Benefício Social?
22. Possui documentos de identificação pessoal (RG e CPF)?

III. DADOS JURÍDICOS

23. Situação Processual:

24. Razão da internação (se escolheu tratamento ambulatorial na pergunta anterior):

24a. Se for caso de reinternação, qual a razão:

24b. Foi realizado exame de sanidade mental?

24c. Se sim, data do exame:

25. Qual o prazo mínimo de internação determinado na sentença:

26. Infração Penal (permite múltipla escolha):

a) Tráfico de drogas (Art. 33)

Não

a1) Trata-se de tentativa (Art. 14, II):

b) Homicídio (Art. 121)

Não

b1) Trata-se de tentativa (Art. 14, II):

b2) Se houver qualificadora (Art. 121, §2) , qual inciso?

c) Latrocínio (Art. 157, §3)

Não

c1) Trata-se de tentativa (Art. 14, II):

d) Estupro (Art. 213)

Não

d1) Trata-se de tentativa (Art. 14, II):

e) Estupro de vulnerável (Art. 217-A)

Não

e1) Trata-se de tentativa (Art. 14, II):

f) Furto (Art. 155)

Não

f1) Trata-se de tentativa (Art. 14, II):

g) Roubo (Art. 157)

Não

g1) Trata-se de tentativa (Art. 14, II):

h) Lesão corporal (Art. 129)

Não

h1) Trata-se de tentativa (Art. 14, II):

i) Sequestro e Cárcere privado (Art. 148)

Não

i1) Trata-se de tentativa (Art. 14, II):

j) Extorsão (Art. 158)

Não

j1) Trata-se de tentativa (Art. 14, II):

k) Receptação (Art. 180)

Não

k1) Trata-se de tentativa (Art. 14, II):

l) Ameaça (Art. 147)

Não

l1) Trata-se de tentativa (Art. 14, II):

m) Outra

Não

m1) Trata-se de tentativa (Art. 14, II):

n) N/I

Não

27a. A infração penal se encaixa nas ofensas previstas pela lei maria da penha? (Lei 11.340/2006)

27. Se outra infração, especifique (nº do artigo + lei):

28. Data da internação relacionada ao último processo judicial:

29. Data da guia de internação definitiva (sentença):

30. A internação foi determinada para tratamento em decorrência do uso de drogas?

31. A atual medida de segurança decorreu da conversão da pena?

32. A infração penal da internação atual foi cometida contra um membro da família (exceto cônjuge/companheiro)? ☐

33. A infração penal da internação atual foi cometida contra o cônjuge/companheiro? ☐

IV. DADOS SOBRE A SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO

34. Estuda no ECTP? ☐

35. Trabalha no ECTP? ☐

36. Há registros de visitas? ☐

38. Foi realizado algum exame de verificação de cessação da periculosidade (EVCP)? ☐

39. Se sim, quantos?

40. Data do último exame:

41. Houve indicação de cessação de periculosidade no último exame? ☐

42. **Se sim**, motivo(s) alegado(s) no EVCP para a desinternação/cessação da periculosidade (último exame, permite múltipla escolha):

a) Existência de vínculo familiar ☐ Não

b) Cessação de periculosidade/do risco de reincidência ☐ Não

c) Avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva favorável ☐ Não

d) Cessação de risco de uso abusivo de substâncias psicoativas ☐ Não

e) Acesso a benefício/renda para sustento ☐ Não

f) Acesso a vaga em SRT ☐ Não

g) Capacidade de convívio em sociedade ☐ Não

h) Pandemia ☐ Não

i) Outro ☐ Não 43) Se outro, especifique:

j) N/I ☐ Não

44. **Se não**, motivo(s) alegado(s) no EVCP para a não desinternação/cessação da periculosidade (último exame, permite múltipla escolha):

a) Ausência de vínculo familiar ☐ Não

b) Fragilidade de vínculo familiar ☐ Não

c) Periculosidade/Risco de reincidência criminal ☐ Não

d) Avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva desfavorável ☐ Não

e) Diagnóstico de transtorno ou deficiência psicossocial ☐ Não

f) Risco de uso abusivo de substâncias psicoativas ☐ Não

g) Ausência de benefício/renda para sustento ☐ Não

h) Ausência de vaga em SRT ☐ Não

i) Alegada incapacidade de convívio em sociedade ☐ Não

j) Pandemia ☐ Não

k) Outro ☐ Não 45. Se outro, especifique:

l) N/I ☐ Não

46. Houve realização de outras avaliações diversas do EVCP para envio ao juiz? ☐

47. Quais profissionais foram responsáveis por essas avaliações? (permite múltipla escolha):

- a) Psicólogo ☐ Não
- b) Assistente Social ☐ Não
- c) Terapeuta Ocupacional ☐ Não
- d) Agente Penitenciário ☐ Não
- e) Agente de Educação ☐ Não
- f) Equipe Multidisciplinar ☐ Não
- g) EAP ☐ Não
- h) Outro ☐ Não
- i) N/I ☐ Não

48. Se outro, especifique:

49. Motivo(s) alegado(s) nessas avaliações para manutenção da internação (última avaliação, permite múltipla escolha):

- a) Ausência de vínculo familiar ☐ Não
- b) Fragilidade de vínculo familiar ☐ Não
- c) Periculosidade/Risco de reincidência criminal ☐ Não
- d) Avaliação psicossocial/psiquiátrica/comportamental/cognitiva desfavorável ☐ Não
- e) Diagnóstico de transtorno ou deficiência psicossocial ☐ Não
- f) Risco de uso abusivo de substâncias psicoativas ☐ Não
- g) Ausência de benefício/renda para sustento ☐ Não
- h) Ausência de vaga em SRT ☐ Não
- i) Alegada incapacidade de convívio em sociedade ☐ Não
- j) Pandemia ☐ Não
- k) Cumprimento da Lei Antimanicomial (nº 10.216/2001) ☐ Não
- l) Outros ☐ Não
- m) N/I ☐ Não

50. Se outros, especifique:

51. Motivo(s) alegado(s) nessas avaliações para a desinternação (última avaliação, permite múltipla escolha):

a) Existência de vínculo familiar Não

b) Cessação de periculosidade/risco de reincidência Não

c) Avaliação psicossocial/psiquiátrica/comportamental/cognitiva favorável Não

d) Cessação de risco de uso abusivo de substâncias psicoativas Não

e) Acesso a benefício/renda para sustento Não

f) Acesso a vaga em SRT Não

g) Capacidade de convívio em sociedade Não

h) Pandemia Não

i) Cumprimento da Lei Antimanicomial (nº 10.216/2001) Não

j) Outros Não 52) Se outros, especifique:

k) N/I Não

53. Houve sentença ou decisão judicial para desinternação?

54. **Se sim**, data que defere a desinternação

55. **Se sim**, motivo(s) alegado(s) na decisão judicial de desinternação (permite múltipla escolha):

a) Existência de vínculo familiar Não

b) Cessação de periculosidade/risco de reincidência Não

c) Avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva favorável Não

d) Cessação de risco de uso abusivo de substâncias psicoativas Não

e) Acesso a benefício/renda para sustento Não

f) Acesso a vaga em SRT Não

g) Capacidade de convívio em sociedade Não

h) Pandemia Não

i) Outros Não 56. Se outros, especifique:

j) N/I Não

57. Houve sentença ou decisão judicial para a **não desinternação**?

58. **Se sim**, motivo(s) alegado(s) na última decisão judicial para a não desinternação (permite múltipla escolha):

a) Ausência de vínculo familiar Não

b) Fragilidade de vínculo familiar Não

c) Periculosidade/Risco de reincidência criminal Não

d) Avaliação psiquiátrica/comportamental/cognitiva desfavorável Não

e) Risco de uso abusivo de substâncias psicoativas Não

f) Ausência de benefício/renda para sustento Não

g) Ausência de vaga em SRT Não

h) Alegada incapacidade de convívio em sociedade Não

i) Pandemia Não

j) Outros Não 59. Se outros, especifique:

k) N/I Não

60. Houve mudanças nos procedimentos de desinternação em virtude da Covid 19? ☐

61. Se sim, descrever:

62. Houve mudança nas condições impostas na decisão judicial para a desinternação em virtude da pandemia da Covid 19? ☐

63. Se sim, descrever:

64. Há registros de mudanças na visitação durante a Pandemia da Covid-19? ☐

Não

65. Se sim, qual?(is) (permite múltipla escolha):

a) Restrição na frequência de visitas ☐

Não

b) Proibição de visitas ☐

Não

c) Visitas virtuais ☐

Não

d) Deslocamento do ambiente de visita ☐

Não

e) Outro ☐

Não

66. Se outro, especificar:

67. Há registros de atuação de EAP? ☐

V. DADOS DE SAÚDE MENTAL

68. CID encontrado:

a) (F20) Esquizofrenia ☐

Não

b) (F70, F71, F72): Retardo Mental ☐

Não

c) (F07, F60, F61, F68, F69) Transtornos de personalidade ☐

Não

d) (F10-F19) Transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas ☐

Não

e) (F31) Transtorno Afetivo Bipolar ☐

Não

f) (F41) Outros transtornos ansiosos ☐

Não

g) (F29) Psicose não-orgânica não especificada ☐

Não

h) (F06) Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física ☐

Não

i) (G40) Epilepsia e síndromes epiléticas generalizadas idiopáticas

Não

l) N/I

Não

m) Outro

Não

68b. Se outro, especifique:

69. Em qual documento?

71. Se não houver CID, qual o diagnóstico indicado?

72. Se não houver CID ou diagnóstico, qual o motivo alegado?

73. Há registro de passagem em serviços de saúde mental?

74. Se sim, quais? (permite múltipla escolha):

a) CAPS

Não

b) Clínica psiquiátrica conveniada ao SUS

Não

c) Clínica psiquiátrica privada

Não

d) Hospital Psiquiátrico

Não

e) Hospital-Dia

Não

f) Comunidade Terapêutica

Não

g) Serviço Residencial Terapêutico

Não

h) NASF

Não

i) Outro

Não

75) Se outro, qual?

76. Há registros de uso de álcool e outras drogas no período imediatamente anterior à reclusão?

77. Se sim, quais? (permite múltipla escolha):

a) Álcool

Não

b) Maconha

Não

c) Cocaína

Não

d) Crack

Não

e) LSD

Não

f) Ecstasy

Não

g) Não especificado

Não

78. Outras observações (campo aberto para registro)

VI. INDICADORES INTERNOS

79. Foram observados algum(ns) dos seguintes indicadores? (permite múltipla escolha):

a) Houve conversão de pena em medida de segurança

Não

b) Há registro de entradas e saídas dos manicômios, bem como de circulação entre diferentes aparatos do Estado (albergues, CAPS, prisões, unidades de medida socioeducativa, etc.)

Não

c) É caso de internação de usuário de drogas

Não

d) Há registro dos efeitos da pandemia sob essa população

Não

e) É situação de longa internação (15, 20, 25, 30 anos)

Não

f) Há registro de atuação das EAPs no processo de desinternação

Não

g) Há indicação de hipermedicalização psiquiátrica?

Não

h) Trata-se de infração penal compatível com o princípio de insignificância/bagatela?

Não

80. Enviar o número do processo para o Eixo 3?

81. Se sim, qual o número do processo?

Apêndice 3 – Formulário – Argumentos jurídicos e fluxos processuais

Pergunta	Eixo de Análise
1. Nome da pesquisadora	Identificação do processo
2. Número do caso interno	
3. Estado	
4. Número do processo	
5. Qual a data do fato?	Dados do inquérito e da fase anterior à sentença
6. Qual tipo de procedimento policial?	
7. Houve determinação de prisão provisória?	
8. Houve determinação de internação provisória?	
9. Houve determinação de liberdade provisória?	
10. Se houve determinação de prisão ou internação provisória, para qual tipo de instituição prisional ou de privação de liberdade foi encaminhado inicialmente?	
11. Na fase anterior à sentença, por quais instituições prisionais ou de privação de liberdade transitou?	Denúncia e realização de exame de sanidade mental
12. Qual a data da denúncia?	
13. Houve exame psiquiátrico de sanidade mental antes da sentença?	
14. Qual a data da realização do exame?	Exame de sanidade mental (perícia psiquiátrica)
15. O exame pericial foi realizado por quais profissionais?	
16. Qual a recomendação do exame?	
17. Se a recomendação do exame foi outra que não as listadas na pergunta acima, qual foi?	
18. Qual a data da sentença final?	Sentença
19. Qual o tipo penal da condenação, de acordo com a sentença?	
20. Qual a determinação da sentença?	
21. Nas sentenças em que houve determinação de medida de segurança, quais foram as provas consideradas para auferir a autoria e a materialidade do crime?	Argumentos das sentenças que determinaram medida de segurança
22. Se outra prova além das listadas acima foi mais relevante para a decisão, qual?	
23. Quais avaliações (biopsicossociais) foram realizadas antes da sentença?	
24. Quais avaliações (biopsicossociais) foram consideradas na sentença?	
25. Se a sentença determinou medida de segurança, quais os argumentos mobilizados para tal determinação?	
26. Se há outro argumento, qual?	
27. Se a sentença determinou medida de segurança, quais as páginas da sentença no arquivo em PDF do processo?	

28. Há registro de prisão anterior?	Vida Pgressa
29. Há registro de internação anterior em HCTP?	
30. Há registro de internação anterior em unidade de internação socioeducativa?	
31. Há registro de realização anterior de tratamento ambulatorial?	
32. Há registro de internação anterior em hospital psiquiátrico?	
33. Há registro de internação anterior em clínica particular?	
34. Há registro de que a pessoa fez ou fazia uso de alguma substância psicoativa?	Recurso e resultado do recurso
35. Houve recurso?	
36. Qual o resultado do recurso?	Trânsito em Julgado
37. Houve trânsito em julgado?	
38. Qual a data do trânsito em julgado (última data, se houve diferença entre acusação e defesa)	Execução e Desinternação
39. Qual a data de distribuição do processo para a execução?	
40. Durante a execução e antes da desinternação , por quais unidades prisionais ou de privação de liberdade transitou?	
41. Para qual unidade foi encaminhado/a logo após a sentença?	
42. Qual a data de entrada na unidade para que foi encaminhado logo após a sentença?	Substituição ou conversão durante o cumprimento da pena ou TA
43. Houve substituição/conversão de pena simples para medida de segurança ou de tratamento ambulatorial para medida de segurança de internação durante a execução?	
44. Se houve conversão do TA em internação, qual o motivo da conversão?	Conversão de TA para internação
45. Se outro motivo, qual?	
46. Se houve substituição de pena por medida de segurança ou conversão de TA em medida de segurança, para qual unidade foi encaminhado/a após tal substituição ou conversão?	Unidade para qual foi encaminhado após substituição ou conversão

47. Houve realização de avaliação multiprofissional por equipe da Vara de Execuções Penais após a sentença (durante a execução) ?	Exames multiprofissionais realizados após a sentença (durante a execução)
48. Houve realização de avaliação multiprofissional por equipe da Defensoria Pública após a sentença (durante a execução) ?	
49. Houve realização de exame ou avaliação multiprofissional por equipe indicada pela defesa particular após a sentença (durante a execução) ?	
50. Houve realização de avaliação multiprofissional por equipe do Ministério Público após a sentença (durante a execução) ?	
51. Houve realização de avaliação multiprofissional de equipe indicada por assistente de acusação após a sentença (durante a execução) ?	
52. Houve realização de avaliação multiprofissional de equipe do hospital de custódia ou da unidade prisional após a sentença (durante a execução) ?	
53. Houve realização de avaliação multiprofissional por EAP após a sentença (durante a execução) ?	
54. Houve realização de avaliação multiprofissional por outra equipe de saúde da RAPS (CAPS, CRAS, CREAS) após a sentença (durante a execução) ?	
55. Qual a data do exame psiquiátrico de cessação de periculosidade que sugere a desinternação?	Exame de cessação de periculosidade que sugere a desinternação
56. MP manifestou-se sobre exame de cessação de periculosidade que sugere a desinternação?	
57. Qual a data da manifestação do MP sobre exame de cessação de periculosidade	Manifestação do MP sobre exame de cessação de periculosidade

58. Quais avaliações (biopsicossociais) foram consideradas na decisão que determina a desinternação?	Informações sobre a desinternação
59. Qual a data da decisão que defere a desinternação?	
60. Quais as páginas da decisão que defere a desinternação no arquivo em PDF do processo?	
61. A decisão determinou a liberação ou o encaminhamento para TA após a desinternação?	
62. Já houve desinternação?	
63. Qual a data da desinternação?	
64. Há registro de nova internação ou prisão após a desinternação?	
65. Foi solicitado algum benefício no processo?	Benefícios
66. Se outro benefício, qual foi solicitado?	
67. Houve extinção da medida de segurança?	Houve extinção da medida de segurança?
68. Se sim, qual a data da extinção da medida de segurança?	Outros argumentos de extinção da medida de segurança
69. Quais as páginas da decisão que extingue a medida de segurança no arquivo em PDF do processo?	
70. Se houve extinção da medida de segurança, como o MP se manifestou?	
71. Se houve extinção da medida de segurança, ela foi determinada com base na sugestão de avaliação psicossocial?	
72. Se não, foi feito com base em que argumento?	
73. Há registro de acometimento pela COVID?	Covid
74. Houve manifestação processual pedindo liberação em decorrência da COVID?	
75. Houve liberação em decorrência da COVID?	
76. Outras observações relevantes	Outras observações e informações para o Eixo 3
77. Enviar processo para o Eixo 3?	Motivos de Envio ao Eixo 3
78. Se sim, por quê? (escolher uma razão só, mesmo que haja mais de uma)	

Apêndice 4 – Lista de Municípios de moradia anteriores à internação (PA, PB, BA, RS e SP) – Parte 1

Municípios (PA)	N	%
Abaetetuba	2	3,64%
Afuá	1	1,82%
Ananindeua	1	1,82%
Anapu	1	1,82%
Baracarena	1	1,82%
Belém	11	20,00%
Benevides	2	3,64%
Bonito	2	3,64%
Breves	2	3,64%
Cachoeira do Arari	1	1,82%
Castanhal	1	1,82%
Chaves	2	3,64%
Concórdia do Pará	1	1,82%
Curionópolis	1	1,82%
Imperatriz *	1	1,82%
Itaituba	2	3,64%
Juruti	1	1,82%
Limoeiro do Ajuru	1	1,82%
Mãe do Rio	1	1,82%
Marabá	3	5,45%
Mosqueiro	1	1,82%
Muaná	1	1,82%
Portel	1	1,82%
Rondon do Pará	1	1,82%
Rurópolis	1	1,82%
Santa Isabel do Pará	1	1,82%
Santa Maria do Pará	1	1,82%
Santarém	2	3,64%
São Sebastião de Boa Vista	1	1,82%
Timboteua	1	1,82%
Tomé-açu	2	3,64%
Tracuateua	1	1,82%
Tucuruí	2	3,64%
Total Geral	55	100,00%

*Município do Estado do Maranhão

Municípios (PB)	N	%
Aguiar	1	0,99%
Alagoinha	2	1,98%
Aracagi	2	1,98%
Areia	3	2,97%
Areal	1	0,99%
Barra de Santa Rosa	2	1,98%
Bayeux	5	4,95%
Belém *	1	0,99%
Cacimba de Dentro	2	1,98%
Caiçara	1	0,99%
Cajazeiras	4	3,96%
Campina Grande	4	3,96%
Casserengue	2	1,98%
Conde	1	0,99%
Coxixola	1	0,99%
Curral de Cima	1	0,99%
Duas Estradas	1	0,99%
Guarabira	2	1,98%
Itabaiana	1	0,99%
Itapororoca	1	0,99%
Jacaraú	1	0,99%
João Pessoa	21	20,79%
Lagoa de Dentro	2	1,98%
Livramento	1	0,99%
Mamanguape	3	2,97%
Massaranduba	1	0,99%
Miguel de Taipu	1	0,99%
Mogei	1	0,99%
Monteiro	1	0,99%
Nova Floresta	2	1,98%
Patos	1	0,99%
Piancó	1	0,99%
Picuí	2	1,98%
Pirpirituba	1	0,99%
Pombal	4	3,96%
Princesa Isabel	1	0,99%
Remígio	1	0,99%
Salgado de São Felix	1	0,99%
Santa Rita	3	2,97%
Santo André	1	0,99%
São João do Cariri	1	0,99%
Sape	2	1,98%
Solânea	3	2,97%
Soledade	1	0,99%

Municípios (PB)	N	%
Sousa	2	1,98%
Trindade **	1	0,99%
N/I	3	2,97%
Total Geral	101	100,00%

* Município do estado do Pará

** Município do estado de Pernambuco

Municípios (BA)	N	%
Alagoinhas	5	2,55%
Amargosa	2	1,02%
Amélia Rodrigues	1	0,51%
América Dourado	1	0,51%
Anagé	2	1,02%
Araçás	1	0,51%
Araci	2	1,02%
Arataca	2	1,02%
Barra	1	0,51%
Barra do Choça	2	1,02%
Biritinga	1	0,51%
Botuporã	1	0,51%
Brumado	1	0,51%
Buerarema	2	1,02%
Cachoeira	1	0,51%
Caetité	3	1,53%
Camaçari	5	2,55%
Camamu	2	1,02%
Cândido Sales	1	0,51%
Caracas *	1	0,51%
Caravelas	1	0,51%
Carinhanha	1	0,51%
Catu	2	1,02%
Central	2	1,02%
Crisópolis	1	0,51%
Cocos	1	0,51%
Correntina	2	1,02%
Dias d'Ávila	1	0,51%
Encruzilhada	2	1,02%
Érico Cardoso	1	0,51%
Feira de Santana	3	1,53%
Formosa do Rio Preto	1	0,51%
Gentio do Ouro	1	0,51%
Guanambi	1	0,51%
Iaçu	2	1,02%
Ibicaraí	3	1,53%

Municípios (RS)	N	%
Alvorada	1	0,58%
Arroio dos Ratos	1	0,58%
Bagé	3	1,74%
Balneário Camboriú *	1	0,58%
Barra do Ribeiro	1	0,58%
Barra do Rio do Sul	1	0,58%
Bento Gonçalves	2	1,16%
Butiá	1	0,58%
Cacequi	1	0,58%
Cachoeira do Sul	1	0,58%
Cachoeirinha	1	0,58%
Camaquã	1	0,58%
Cambará do Sul	1	0,58%
Campina das Missões	1	0,58%
Campo Novo	1	0,58%
Canoas	6	3,49%
Capão da Canoa	2	1,16%
Catuípe	1	0,58%
Charqueadas	1	0,58%
Cidreira	2	1,16%
Constantina	1	0,58%
Dom Feliciano	1	0,58%
Eldorado do Sul	1	0,58%
Entre rios do Sul	1	0,58%
Erechim	1	0,58%
Espumoso	1	0,58%
Estância Velha	1	0,58%
Esteio	2	1,16%
Estrela	1	0,58%
Gravataí	5	2,91%
Guaíba	2	1,16%
Guaporé	1	0,58%
Guarani das Missões	1	0,58%
Igrejinha	1	0,58%
Ijuí	3	1,74%
Itaqui	1	0,58%

Municípios (BA)	N	%
Ibirapitanga	1	0,51%
Ibotirama	1	0,51%
Iguaí	1	0,51%
Ilhéus	3	1,53%
Inhambupe	1	0,51%
Ipiaú	3	1,53%
Ipira	1	0,51%
Iraquara	1	0,51%
Irará	2	1,02%
Irecê	4	2,04%
Itabela	1	0,51%
Itabuna	3	1,53%
Itacaré	1	0,51%
Itajuípe	1	0,51%
Itanhém	1	0,51%
Itatim	1	0,51%
Itiúba	1	0,51%
Jaguaquara	1	0,51%
Jaguarari	1	0,51%
Jeremoabo	1	0,51%
Jaguarari	1	0,51%
Juazeiro	1	0,51%
Jussari	3	1,53%
Lauro de Freitas	1	0,51%
Luis Eduardo Magalhães	1	0,51%
Maracás	2	1,02%
Mata de São João	2	1,02%
Mutuípe	2	1,02%
Mirante	1	0,51%
Mortugaba	1	0,51%
Mundo Novo	1	0,51%
Muniz Ferreira	1	0,51%
Muritiba	1	0,51%
Mutuípe	1	0,51%
Nova Viçosa	1	0,51%
Palmas de Monte Alto	3	1,53%
Paramirim	2	1,02%
Paripiranga	1	0,51%
Paulo Afonso	5	2,55%
Piatã	1	0,51%
Pilão Arcado	1	0,51%
Pintadas	1	0,51%
Poções	1	0,51%

Municípios (RS)	N	%
Itatiba do Sul	1	0,58%
Jóia	1	0,58%
Lajeado	1	0,58%
Lajeado do Bugre	1	0,58%
Marau	2	1,16%
Minas do Leão	1	0,58%
Não-me-toque	1	0,58%
Nova Santa Rita	1	0,58%
Novo Hamburgo	4	2,33%
Osório	1	0,58%
Palmeira das Missões	1	0,58%
Parobé	1	0,58%
Passo de Torres *	1	0,58%
Passo Fundo	3	1,74%
Pelotas	7	4,07%
Porto Alegre	24	13,95%
Porto Lucena	2	1,16%
Rio Grande	3	1,74%
Rio Pardo	2	1,16%
Rodeio Bonito	1	0,58%
Rosário do Sul	1	0,58%
Santa cruz do Sul	2	1,16%
Santa Maria	11	6,40%
Santa Rosa	3	1,74%
Santana do Livramento	3	1,74%
Santo Antônio da Patrulha	1	0,58%
Santo Antônio de Palma	1	0,58%
São Gabriel	1	0,58%
São Leopoldo	3	1,74%
São Lourenço do Sul	2	1,16%
São Luiz Gonzaga	1	0,58%
São Marcos	1	0,58%
São Martinho	1	0,58%
São Martinho de Serra	1	0,58%
Sapuçaia do Sul	3	1,74%
Tapejara	1	0,58%
Taquara	1	0,58%
Tavares	1	0,58%
Tenente Portela	2	1,16%
Terra de Areia	1	0,58%
Torres	1	0,58%
Tramandaí	1	0,58%
Três Passos	3	1,74%

Municípios (BA)	N	%
Porto Seguro	2	1,02%
Prado	2	1,02%
Queimadas	2	1,02%
Quixabeira	1	0,51%
Rafael Jambeiro	1	0,51%
Remanso	1	0,51%
Riachão do Jacuípe	1	0,51%
Riacho de Santana	1	0,51%
Rio de Contas	1	0,51%
Salvador	35	17,35%
Santa Bárbara	1	0,51%
Santa Brígida	1	0,51%
Santaluz	1	0,51%
Santo Amaro	1	0,51%
Santo Antônio de Jesus	1	0,51%
São Gonçalo dos Campos	1	0,51%
São Miguel das Matas	1	0,51%
São Paulo **	1	0,51%
São Sebastião do Passé	1	0,51%
Sapeaçu	1	0,51%
Serrinha	1	0,51%
Simões Filho	1	0,51%
Taperoá	1	0,51%
Teixeira de Freitas	2	1,02%
Teofilândia	1	0,51%
Tremedal	1	0,51%
Valença	1	0,51%
Valente	1	0,51%
Vitória da Conquista	2	1,02%
N/I	1	0,51%
Total Geral	196	100,00%

* A confirmar

** Município do estado de São Paulo

Municípios (RS)	N	%
Triunfo	1	0,58%
Tunas	1	0,58%
Uruguaiana	2	1,16%
Vacaria	1	0,58%
Vera Cruz	1	0,58%
Viamão	3	1,74%
Total Geral	172	100,00%

* Município do Estado de Santa Catarina

Municípios (SP)	N	%
Adamantina	4	0,41%
Agudos	1	0,10%
Alto alegre	1	0,10%
Americana	7	0,73%
Amparo	2	0,21%
Andradina	5	0,52%
Angatuba	1	0,10%
Aparecida	2	0,21%
Apiaí	1	0,10%
Araçatuba	5	0,52%
Araraquara	4	0,41%
Araras	9	0,93%
Arealva	1	0,10%
Artur nogueira	3	0,31%
Arujá	1	0,10%
Assis	2	0,21%
Atibaia	8	0,83%
Avanhandava	1	0,10%
Avaré	2	0,21%
Bananal	1	0,10%
Bariri	1	0,10%
Barretos	7	0,73%
Barueri	3	0,31%
Batatais	2	0,21%
Bauru	7	0,73%
Bebedouro	2	0,21%
Birigui	4	0,41%
Boa Esperança do Sul	1	0,10%
Borborema	1	0,10%
Botucatu	1	0,10%
Bragança Paulista	6	0,62%
Brotas	2	0,21%
Buritama	2	0,21%
Caçapava	1	0,10%
Cachoeira Paulista	1	0,10%
Caconde	2	0,21%
Caieiras	3	0,31%
Caiuá	2	0,21%
Cajamar	3	0,31%
Cajobi	1	0,10%
Cajuru	1	0,10%
Campinas	15	1,55%
Campo Limpo Paulista	3	0,31%
Campos do Jordão	1	0,10%

Municípios (SP)	N	%
Canas	1	0,10%
Cândido Mota	3	0,31%
Capão Bonito	3	0,31%
Capela do Alto	1	0,10%
Carapicuíba	6	0,62%
Cardoso	1	0,10%
Cássia dos Coqueiros	1	0,10%
Castilho	1	0,10%
Catanduva	1	0,10%
Centro buri	1	0,10%
Cerqueira cesar	2	0,21%
Chavantes	1	0,10%
Cidade tiradentes	1	0,10%
Colina	1	0,10%
Conchal	1	0,10%
Cordeirópolis	1	0,10%
Cornélio Procópio	1	0,10%
Cosmópolis	1	0,10%
Cotia	4	0,41%
Cruzeiro	2	0,21%
Cubatão	8	0,83%
Curitiba	1	0,10%
Descalvado	3	0,31%
Diadema	1	0,10%
Divinolândia	1	0,10%
Dourado	1	0,10%
Dracena	6	0,62%
Eldorado	1	0,10%
Embu	2	0,21%
Embu das artes	4	0,41%
Embu-Guaçu	3	0,41%
Espírito Santo do Pinhal	1	0,10%
Euclides da Cunha Paulista	1	0,10%
Fernandópolis	4	0,41%
Ferraz de Vasconcelos	2	0,21%
Floreal	1	0,10%
Flórida Paulista	1	0,10%
Franca	3	0,31%
Francisco Morato	3	0,31%
Franco da Rocha	13	1,35%
Gália	2	0,21%
Garça	7	0,73%

Municípios (SP)	N	%
General Salgado	1	0,10%
Guaicara	1	0,10%
Guaíra	4	0,41%
Guapiacu	1	0,10%
Guará	2	0,21%
Guarapes	1	0,10%
Guararema	1	0,10%
Guaratinguetã	3	0,31%
Guarujá	6	0,62%
Guarulhos	13	1,35%
Hortolândia	5	0,52%
Iacanga	1	0,10%
Iaras	1	0,10%
Ibirá	2	0,21%
Igaratá	1	0,10%
Iguape	1	0,10%
Ilha Bela	1	0,10%
Ilha Comprida	1	0,10%
Ilha Solteira	1	0,10%
Indaiatuba	4	0,41%
Indiaporã	1	0,10%
Iperó	2	0,21%
Iporanga	1	0,10%
Irapuru	1	0,10%
Itaberá	2	0,21%
Itanhaém	3	0,31%
Itapecerica da serra	4	0,41%
Itapetinga	1	0,10%
Itapetininga	6	0,62%
Itapeva	2	0,21%
Itapevi	2	0,21%
Itapira	5	0,52%
Itápolis	5	0,52%
Itaporanga	1	0,10%
Itapura	1	0,10%
Itaquaquecetuba	1	0,10%
Itararé	1	0,10%
Itariri	3	0,31%
Itatinga	1	0,10%
Itobi	2	0,21%
Itu	8	0,83%
Ituverava	1	0,10%
Jaboticabal	2	0,21%
Jacareí	8	0,83%
Jacupiranga	1	0,10%

Municípios (SP)	N	%
Jaguariúna	1	0,10%
Jales	1	0,10%
Jandira	3	0,31%
Jarinu	2	0,21%
Jaú	1	0,10%
Jundiaí	2	0,21%
Junqueirópolis	1	0,10%
Juquitiba	2	0,21%
Laranjal paulista	1	0,10%
Leme	3	0,31%
Lençóis Paulista	5	0,51%
Limeira	5	0,52%
Lins	4	0,41%
Londrina	1	0,10%
Lorena	1	0,10%
Louveira	2	0,21%
Lucélia	2	0,21%
Lupércio	1	0,10%
Macatuba	1	0,10%
Magda	1	0,10%
Mairinque	1	0,10%
Maracaí	1	0,10%
Marília	11	1,14%
Martinópolis	1	0,10%
Matão	1	0,10%
Mauá	3	0,31%
Miguelópolis	1	0,10%
Mirandópolis	1	0,10%
Mirante do Paranapanema	2	0,21%
Mirassolândia	1	0,10%
Mococa	4	0,41%
Mogi das Cruzes	15	1,55%
Mogi Guaçu	4	0,41%
Mogi Mirim	3	0,31%
Mongaguá	2	0,20%
Monte Alto	1	0,10%
Monte Aprazível	2	0,21%
Monte Mor	1	0,10%
N/I	1	0,10%
Nazaré Paulista	1	0,10%
Nhandeara	1	0,10%
Nova Granada	1	0,10%
Nova Independência	2	0,21%

Municípios (SP)	N	%
Nova Odessa	1	0,10%
Novo Horizonte	5	0,52%
Orlândia	2	0,21%
Osasco	15	1,55%
Osvaldo cruz	3	0,31%
Ourinhos	7	0,73%
Ouroeste	1	0,10%
Paraguaçu Paulista	2	0,21%
Paranapuã	1	0,10%
Pariquera-Açu	1	0,10%
Patrocínio Paulista	2	0,21%
Paulínia	2	0,21%
Pederneiras	1	0,10%
Pedrinhas Paulista	1	0,10%
Penápolis	4	0,41%
Pereira Barreto	2	0,21%
Peruíbe	4	0,41%
Piedade	1	0,10%
Pilar do Sul	1	0,10%
Pindamonhangaba	2	0,21%
Piracaia	2	0,21%
Piracicaba	14	1,45%
Piraju	1	0,10%
Pirajuí	1	0,10%
Pirapora	1	0,10%
Pirapora do Bom Jesus	1	0,10%
Pirassununga	3	0,31%
Pitangueiras	1	0,10%
Poá	2	0,21%
Pompéia	1	0,10%
Ponte Rasa	1	0,10%
Porto Feliz	4	0,41%
Porto Ferreira	2	0,21%
Potim	1	0,10%
Pracinha	1	0,10%
Praia Grande	10	1,04%
Presidente Epitácio	3	0,31%
Presidente Prudente	6	0,62%
Presidente Venceslau	4	0,41%
Promissão	1	0,10%
Quatá	2	0,21%
Quintana	1	0,10%
Redenção da Serra	1	0,10%
Regente Feijó	2	0,21%
Registro	6	0,62%

Municípios (SP)	N	%
Ribeirão Branco	2	0,21%
Ribeirão Preto	8	0,83%
Rincão	2	0,21%
Rio Claro	2	0,21%
Rio das Pedras	1	0,10%
Rio de Janeiro	1	0,10%
Salesópolis	1	0,10%
Salto	2	0,21%
Salto de Pirapora	1	0,10%
Salto Grande	1	0,10%
Santa Adélia	1	0,10%
Santa Bárbara d'Oeste	5	0,52%
Santa Cruz do Rio Pardo	1	0,10%
Santa Gertrudes	1	0,10%
Santa Isabel	1	0,10%
Santa Rita Passa Quatro	1	0,10%
Santa Salete	1	0,10%
Santo Amaro	1	0,10%
Santo Anastácio	1	0,10%
Santo André	14	1,45%
Santo Antônio do pinhal	2	0,21%
Santos	14	1,45%
São Paulo	1	0,10%
São bernardo do campo	11	1,13%
São caetano do sul	2	0,21%
São carlos	2	0,21%
São João da Boa Vista	2	0,21%
São João do Pau d'Alho	1	0,10%
São Joaquim da Barra	3	0,31%
São José do Rio Pardo	3	0,31%
São José do Rio Preto	7	0,73%
São José dos Campos	15	1,55%
São Lourenço da Serra	1	0,10%
São Manuel	1	0,10%
São Miguel Arcanjo	3	0,31%
São Paulo	152	15,75%
São Pedro do Turvo	1	0,10%

Municípios (SP)	N	%
São Roque	1	0,10%
São Sebastião	3	0,31%
São Vicente	8	0,83%
Sarapuí	1	0,10%
Sebastiana	1	0,10%
Serra Azul	1	0,10%
Serra Negra	3	0,31%
Sertãozinho	1	0,10%
Severínia	1	0,10%
Sorocaba	17	1,76%
Sumaré	10	1,04%
Suzano	6	0,62%
Tabapuã	2	0,21%
Taboão da Serra	2	0,21%
Tambaú	1	0,10%
Tanabi	2	0,21%
Taquaritinga	1	0,10%
Taquarituba	2	0,21%
Tatuí	4	0,41%
Taubaté	5	0,52%
Teodoro sampaio	1	0,10%
Tietê	6	0,62%
Timburi	1	0,10%
Tuiuti	1	0,10%
Tupã	2	0,21%
Tupi Paulista	4	0,41%
Ubatuba	3	0,31%
Urânia	1	0,10%
Valinhos	2	0,21%
Valparaíso	2	0,21%
Vargem Grande Paulista	2	0,21%
Várzea Paulista	2	0,21%
Vera Cruz	1	0,10%
Vinhedo	1	0,10%
Viradouro	1	0,10%
Votorantim	7	0,72%
Votuporanga	1	0,10%
Zacarias	1	0,10%
Total Geral	965	100,00%

