

SUMÁRIO EXECUTIVO

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





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

SUMÁRIO EXECUTIVO

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

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 privadas de liberdade: sumário executivo / Conselho Nacional de Justiça; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: CNJ, 2024.

47 p: il. color. (Justiça Pesquisa, 6)
ISBN: 978-65-5972-156-6

1. Política penitenciária 2. Estatística judiciária 3. Transtornos mentais 4. Política antimanicomial I. Título II. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento III. Série

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 TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Dados gerais do HGP/PA.....15

Tabela 2 – Dados gerais Penitenciária de Psiquiatria Forense/PB.....17

Tabela 3 – Dados gerais Hospital de Custódia e Tratamento/BA.....18

Tabela 4 – Dados Gerais do HCTP Arnaldo Amado Ferreira/SP.....19

Tabela 5 – Dados Gerais do HCTP Professor André Teixeira de Lima de Franco da Rocha/SP 20

Tabela 6 – Dados Gerais do HCTP II de Franco da Rocha/SP.....20

Tabela 7 – Dados gerais Instituto Psiquiátrico Forense/RS.....21

Tabela 8 – Dados de diagnósticos dos internos (PA, PB, BA, SP e RS).....23

Gráfico – Marcos temporais dos estados analisados (meses).....30

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E GRÁFICO	7
1. INTRODUÇÃO	11
PARTE 1 – PERFIL DAS PESSOAS INTERNADAS EM UNIDADES DE CUSTÓDIA E EM TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO	15
1.1 Pará: Hospital Geral Penitenciário (HGP)	15
1.2 Paraíba: Penitenciária de Psiquiatria Forense	17
1.3 Bahia: Hospital de Custódia e Tratamento	18
1.4 São Paulo: HCTPs I e II de Franco da Rocha e HCTP de Taubaté	19
1.5 Rio Grande do Sul: Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso	21
PARTE 2 – ARGUMENTOS JURÍDICOS E FLUXOS PROCESSUAIS	25
2.1 Perfil dos casos analisados	25
2.2 Argumentos e fundamentos jurídicos	27
2.3 Fluxos processuais e os trânsitos nas instituições	29
PARTE 3 – DINÂMICAS DE GESTÃO E ESTUDOS DE CASO	35
3.1 Dinâmicas de Gestão	35
3.1.1 Uso de drogas e medida de segurança	35
3.1.2 A temporalidade dos documentos e os CAPS	36
3.1.3 Experimentações: cadeia, tornozeleira eletrônica, comunidades terapêuticas e EAP	37
3.1.4 Os manicômios e a gestão da pequena delinquência urbana	38
3.2 Estudos de caso	38
3.2.1 Bernardo e a longa internação	38
3.2.2 Ricardo: o uso de drogas e o entra e sai do manicômio	39
3.2.3 Eduardo e o contínuo punitivo-carcerário	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
Recomendações	43
REFERÊNCIAS	47

1. INTRODUÇÃO

De acordo com os dados oficiais divulgados pela Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), por meio do Sisdepen¹, em dezembro de 2023, as prisões brasileiras abrigavam 644.316 pessoas, das quais 27,2% do total era formado por presos provisórios.

Nesse contexto, o mesmo sistema de coleta de dados aponta que havia no país 2.314 pessoas com transtorno mental em conflito com a lei que cumpriam medida de segurança em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico (ECTPs)². Não informa, contudo, 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.

O único Censo Nacional realizado sobre pessoas internadas em ECTPs, conduzido em 2011 e publicado em 2013, destacou a histórica condição de invisibilidade dessa população (Diniz, 2013) e representou um passo importante para reconhecer a existência desses estabelecimentos e das pessoas ali internadas.

Desde então, várias mudanças ocorreram, como o aumento do encarceramento por crimes relacionados a drogas e a maior pressão pelo cumprimento da legislação de proteção às pessoas com transtornos mentais. Além disso, surgiram novos arranjos e fluxos institucionais, resultando em um cenário distinto daquele observado há mais de uma década.

Para atualizar as análises sobre os ECTPs, foi essencial ter como base o trabalho precursor conduzido por Diniz (2013) e incluir novas questões de pesquisa, a fim de obter um diagnóstico mais atualizado sobre a situação das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e privadas de liberdade no Brasil contemporâneo.

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 no âmbito do sistema de justiça criminal, assegurando os direitos das pessoas com transtornos mentais ou qualquer forma de deficiência psicossocial em todo o ciclo penal.

O referido ato normativo 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 ao cuidado em saúde mental fora do confinamento. Ademais, indica a necessidade de compreender o contexto das pessoas internadas nos ECTPs e o ambiente de sua implementação.

1. O Sisdepen é a “ferramenta de coleta de dados do sistema penitenciário brasileiro” (Sisdepen, 2023). Os dados sobre as unidades prisionais, coletados a cada seis meses, são divulgados por meio de painéis estatísticos disponíveis no site da plataforma.

2. Conforme 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.

Esta pesquisa dialoga com esse momento histórico, no qual não só se evidencia o fechamento da porta de entrada dos 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, este estudo lança luz sobre alguns arranjos e configurações institucionais questionáveis, inclusive, em estados em que nem sequer existem manicômios judiciais.

Assim, a pesquisa oferece subsídios para a reflexão e a formulação de políticas públicas relacionadas ao tema sobre reconstrução de fluxos e procedimentos voltados ao tratamento adequado e à garantia de direitos das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei, o que vai além do processo de desinstitucionalização das pessoas que ainda se encontram confinadas em ECTPs.

De cunho quanti-qualitativo, o estudo proposto buscou analisar a medida de segurança no país, delineada com base em três eixos principais: 1) perfil dos internos de oito ECTPs de cinco estados da Federação (Bahia, Pará, Paraíba, Rio Grande do Sul e São Paulo); 2) análise de autos processuais que precederam à internação e à 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 com base em sua incidência em vidas e trajetórias específicas. Os três eixos analíticos foram desenvolvidos e apresentados em três partes.

A parte 1 teve como objetivo traçar o perfil das pessoas atualmente internadas nos ECTPs dos estados selecionados³. Dos sete estados selecionados, cinco possuem ECTP e, portanto, compõem as análises desta parte: Rio Grande do Sul, São Paulo, Bahia, Paraíba e Pará. Com exceção de dois ECTPs do estado de São Paulo, a coleta dos dados foi feita sobretudo *in loco*, implicando, assim, dedicação imersiva das equipes que conduziram o trabalho.

A parte 2 tem por objetivo mapear duas frentes da pesquisa: 1) o fluxo processual para analisar os trânsitos e os tempos relacionados à internação, bem como as entradas e permanências em ECTPs, mas também as passagens por outros tipos de estabelecimentos; e 2) 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, bem como 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.

A parte 3, por sua vez, visa qualificar a compreensão acerca das medidas de segurança por meio da realização de estudos de caso representativos. Essa frente de

3. 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, 2023a); 3) Presença ou ausência no Censo de 2011; 4) Existência de EAP e/ou programas de desinstitucionalização; e 5) Presença ou ausência de Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico formalizados. Essas escolhas relacionam-se, também, à presença de pesquisadoras do projeto em cada uma das regiões.

pesquisa dialoga com as partes anteriores, uma vez que alguns casos foram indicados pelas equipes que atuaram nessas frentes e fornecem uma base empírica aos dados estatísticos sobre o perfil dos internos (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 das pessoas, possibilitando acompanhar itinerários jurídicos, disputas discursivas, redes de atores e instituições.

Embora possam ser lidas de maneira independente e possuam autonomia descritiva e analítica, é preciso dizer que, como conjunto, as três partes buscam desenvolver, por meio de diferentes ângulos e abordagens, uma compreensão atualizada e comparada das medidas de segurança vigentes no Brasil.

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

Esta parte tem como objetivo traçar o perfil da população que atualmente vive nos ECTPs dos estados do Pará, Paraíba, Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul. Para tanto, essa área da pesquisa adotou um estudo de cunho, sobretudo, quantitativo, com técnica de análise documental dos dossiês físicos e processos digitalizados das pessoas internadas nos referidos estabelecimentos, com base em três fontes de informação: 1. Dados sociodemográficos (sexo, raça, idade, situação conjugal, escolaridade, profissão e renda) e as condições de internação (estudo, trabalho e visita nas unidades); 2. Dados de saúde mental (diagnósticos psiquiátricos, registros de passagens 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).

Feitas essas considerações, passa-se à descrição dos ECTPs analisados.

1.1 Pará: Hospital Geral Penitenciário (HGP)

Tabela 1 – Dados gerais do HGP/PA

DADOS GERAIS	
DATA DE INAUGURAÇÃO	17/3/2007
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

Em comparação com os dados de 2011(Diniz, 2013), quando o HGP contava com 165 pessoas internadas, houve redução de aproximadamente 66%, chegando ao número atual de 55 pacientes, todos brasileiros. Desses, 98,18% são oriundos do próprio estado, procedentes de 34 cidades diferentes, com notável concentração de 20% provenientes da capital, Belém.

Há predominância consistente de pacientes do sexo masculino, representando 87,27% do total das internações. As mulheres compõem 12,73%. 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. Nas faixas etárias dessa população, observa-se prevalência de pessoas com idades de 30 a 49 anos (72,73%), enquanto 14,55% estão na faixa de 20 a 29 anos e 12,72% têm mais de 50 anos.

No que diz respeito ao estado civil, a maior parte é solteira, representando 85,45% da população. No Pará, quanto à escolaridade das pessoas internadas, há predominância do ensino fundamental incompleto, representando 52,73% (29 pessoas). O número de pacientes que recebem visitas de familiares na unidade também é relativamente baixo. Dos 55 internos, 17 recebem visitas regulares (30,91%) e 38 não recebem (69,09%).

Em relação ao perfil de saúde mental, os CIDs mais indicados nos dossiês são: F60, F07, F67 e F69, que correspondem aos transtornos específicos de personalidade (36,4%), e F70 e F71, relacionados a retardo mental (27,3%). Os diagnósticos de esquizofrenia (F20) compõem 21,8% e, na sequência, vêm os transtornos mentais referentes 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. 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 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, em 30,91% dos casos, a hospitais psiquiátricos. Esses dados indicam um fluxo considerável entre pessoas internadas no HGP, na rede de atenção psicossocial e em instituições psiquiátricas.

No tocante 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. Em relação à infração penal (considerando o preenchimento que permite registrar mais de uma infração), os três principais registros referem-se a crimes contra a vida: 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%); art. 217-A – estupro de vulnerável, com quatro casos (7,27%); e iii) art. 129 – lesão corporal, com cinco casos (9,09%), em que um deles foi tentativa.

Desse modo, constata-se que 54,55% das pessoas internadas estão em condição de internação prolongada por mais de seis anos, tendo inclusive uma pessoa internada há mais de 16 anos na instituição. A outra metade (45,46%) se divide em duas situações: 21,82% encontram-se internadas entre 1 e 3 anos e 23,64% há menos de 1 ano. Um aspecto a ser ressaltado é que a pesquisa identificou a atuação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) em 94,55% dos casos.

Em suma, no HGP do Pará, observa-se um importante processo de desinternação em curso e a redução do número de pacientes. Durante a pesquisa, notou-se que as 55 pessoas internadas apresentavam um perfil mais tradicional dentro dessas instituições: com medidas de segurança determinadas e envolvimento em infrações expressivas, como homicídio.

É evidente que esse perfil remanescente representa maior desafio para ser encaminhado a tratamentos ambulatoriais, especialmente devido à frágil vinculação familiar e à alta rejeição social, o que requer uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ativa e um esforço significativo por parte dos municípios. Nesse contexto, é importante destacar que há desafios para reverter a situação atual tanto dentro como fora do manicômio judiciário.

1.2 Paraíba: Penitenciária de Psiquiatria Forense

Tabela 2 – Dados gerais Penitenciária de Psiquiatria Forense/PB

DADOS GERAIS	
DATA DE INAUGURAÇÃO	16/8/1943
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

Em outubro de 2023, havia 101 pessoas internadas na Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) da Paraíba, um aumento de cerca de 3% em relação ao número de internos registrado no Censo de 2011, que era de 98 pessoas (Diniz, 2013). No que diz respeito à nacionalidade da população internada, todos eram brasileiros. Além disso, 100% dos internados residiam no estado antes da internação, provenientes de 46 cidades distintas, sem uma concentração significativa em cidades próximas à instituição.

A análise do sexo/gênero da população internada constatou uma predominância masculina consistente, com 96,04% do sexo masculino e 3,96% do sexo feminino. Quando se considera o registro de identificação racial/étnica, a soma de pretos e pardos representa 63,37% da população internada, enquanto 12,87% são brancos. Em relação às faixas etárias, há uma distribuição relativamente equilibrada, com 21,78% entre 20 e 29 anos, 32,67% entre 30 e 39 anos, 20,79% entre 40 e 49 anos e 14,85% entre 50 e 59 anos. A maior parte dela é solteira (68,32%) e sem filhos(as) (73,27%). A escolaridade indica que a maior porcentagem das pessoas não é alfabetizada, totalizando 34,65%, em comparação com as outras categorias. Também verificou-se que 27,72% das pessoas têm ensino fundamental incompleto e apenas 8,91% são alfabetizadas. O número de pessoas que recebem visitas de familiares na unidade também é baixo. Dos 101 internos, 35 recebem visitas regulares (34,65%) e 66 não recebem (65,35%).

Em relação ao perfil de saúde mental, 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) constavam em 7,9% dos laudos. 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%), seja possuindo o laudo, mas aguardando uma decisão judicial definitiva (23,76%). Além disso, constatou-se que 25,74% das pessoas internadas cumprem a medida de segurança de internação.

Em relação à infração penal (considerando que o preenchimento permite registrar mais de uma infração), os três principais registros referem-se a: i) art. 121 – homicídio, com 35 casos (34,7%), quinze deles na forma tentada (14,85%); ii) art. 155 e art. 157 – furto

e roubo, respectivamente, oito (7,92%) e onze (10,89%) casos; iii) art. 129 – lesão corporal, oito casos (7,92%). Mais da metade da população internada está na PPF há menos de 1 ano (59,41%), o que se explica em razão da maior parte ali internada estar na condição de internação provisória, conforme observado anteriormente. Ainda, 25,74% dessa população está internada em período entre 1 e 3 anos e 12,87% está internada entre 6 e 10 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.

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

1.3 Bahia: Hospital de Custódia e Tratamento

Tabela 3 – Dados gerais Hospital de Custódia e Tratamento/BA

DADOS GERAIS	
DATA DE INAUGURAÇÃO	20/8/1973
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

De acordo com os dados coletados, na Bahia, encontra-se um contingente de 196 pessoas internadas. Em comparação com os dados de 2011 (Diniz, 2013), quando o HCT contava com 151 pessoas, registrou um crescimento de 23%.

Em relação à nacionalidade da população internada durante a pesquisa, todos são brasileiros e praticamente toda a população internada (98,47%) reside no estado. 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. Porém, 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 os públicos.

Quando se considera a identificação racial/étnica da população internada, a maioria é composta por pessoas pardas e pretas (93,37%), enquanto apenas 6,63% é branca. Em relação às faixas etárias, observa-se prevalência de pessoas entre as idades de 30 a 49 anos (61,22%). A predominância é de pessoas solteiras, com maioria de 86,22%. Quanto à quantidade de filhos(as) dos internos, verifica-se uma distribuição equilibrada entre aqueles que possuem filhos(as) (31,63%) e os que não possuem (31,63%). A escolaridade das pessoas internadas indica a predominância relativa de pessoas com ensino fundamental incompleto (48,98%) e uma proporção significativa não alfabetizada (12,76%). Mais da metade da população internada (56,12%) não recebe visitas de seus familiares.

Em relação ao perfil de saúde mental, o CID mais identificado nos laudos de sanidade foi o F20 – esquizofrenia (37,8%). Retardo mental (F70-F72) foi descrito em 21,9% dos laudos, e transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas (F10-F19) foram descritos em 21,4% dos laudos. Para 63,78% da população do HCT, havia registro de atendimento em serviços de saúde mental. Entre os registrados, 76,8% estão no CAPS e 29,6% nos hospitais psiquiátricos.

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%), seja possuindo o laudo, mas aguardando uma decisão judicial definitiva (29,59%). Dos internos, 28,06% tiveram medida de segurança de internação decretada e 9,18% estão com a medida de segurança extinta, mas seguem internados. Em relação à infração penal (considerando que o preenchimento permite registrar mais de uma infração), os três principais registros referem-se a: i) art. 121 – homicídio, com 119 casos (60,7%), dos quais 43 foram tentativas (21,94%); ii) art. 129 – lesão corporal, 21 casos (10,7%); iii) art. 147 – ameaça, vinte casos (10,2%). Metade das pessoas está internada há menos de 1 ano (50%), 28,57% estão internadas entre 1 e 3 anos e 16,84% estão internadas entre 3 e 10 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.

Em comparação com os dados do Censo de 2011, as informações jurídicas compiladas revelam maior presença de população temporária em relação àquela sob medida de segurança de internação, que era majoritária. 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 4 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 4 – Dados Gerais do HCTP Arnaldo Amado Ferreira/SP

DADOS GERAIS – HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO 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

Tabela 5 – Dados Gerais do HCTP Professor 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

Tabela 6 – 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	10/1/2002
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

Considerando os dados do Censo de 2011 (Diniz, 2013), o número de pessoas internadas nos três HCTPs de São Paulo era de 1.025. Em comparação com os dados desta pesquisa, que registram 965 pessoas internadas, nota-se uma leve redução, de cerca de 6%. Dessas pessoas, a maioria já residia no estado de São Paulo antes da internação, totalizando 99,69%. Em relação às categorias de sexo/gênero identificadas nos documentos analisados, há predominância de internos masculinos, somando 92,12% da população, enquanto o público feminino constitui 7,77%. 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. Em relação às faixas etárias, há significativa predominância de pessoas com idades de 30 a 49 anos (67,26%), seguida pela faixa dos 20 aos 29 anos (14,72%). A maior parte é solteira (84,25%) e sem filhos(as) (61,67%). Quanto à escolaridade, 49,53% não completaram o ensino fundamental, enquanto 14,2% finalizaram esse ciclo. A maioria dos internos, 55,93%, não recebia visitas, enquanto o registro de visitas foi verificado em 28,28% dos casos.

Em relação ao perfil de saúde mental, os documentos de internos dos HCTPs de Taubaté e Franco da Rocha 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. Na sequência, estão os diagnósticos de retardo mental (F70-72), com 23,1%, e transtornos de personalidade (F07, F60, F61, F68 e F69), com 11,5%.

Do total de 965 dossiês de pessoas internadas nos três ECTPs analisados, no que diz respeito à situação processual, observou-se que 91,92% das pessoas estão em medida de segurança de internação (887 casos) e 3,73% já receberam decisão judicial de desinternação, porém continuam internadas (36 casos). Há uma especificidade a ser considerada: no estado de São Paulo a distribuição das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei é organizada 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 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.

Em relação à infração penal (considerando que o preenchimento permite registrar mais de uma infração), os três tipos principais de registros referem-se a: i) art. 121 – homicídio (36,1%), com 348 casos, dos quais 142 (14,72%) foram tentativas; ii) art. 155 e 157 – furto e roubo, respectivamente, 143 (14,8%) e 136 (14,1%) casos; e iii) art. 147 – ameaça, 89 casos (9,2%). Quanto ao tempo de duração da internação, observa-se que 33,33% das pessoas internadas nos ECTPs de São Paulo estão lá de 3 a 10 anos, enquanto 32,06%, de 1 a 3 anos e 30,05% estão há menos de 1 ano. Há 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.

São Paulo é o primeiro estado em que o CID mais referenciado está relacionado a transtornos mentais decorrentes do consumo de álcool e de outras drogas, indicando um novo e crescente perfil de público nos espaços de custódia.

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

Tabela 7 – Dados gerais Instituto Psiquiátrico Forense/RS

DADOS GERAIS	
DATA DE INAUGURAÇÃO	4/10/1925
VÍNCULO INSTITUCIONAL	SUSEPE e SSPS
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

De acordo com os dados coletados no Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso (IPFMC), no Rio Grande do Sul, observa-se uma população de 172 internos. Em 2011, havia 279 pessoas (Diniz, 2013). A análise do sexo/gênero da população destaca uma predominância masculina, com 93,02%, e 6,40% do sexo feminino.

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

Em relação às faixas etárias da população internada, observa-se predominância de pessoas entre 30 e 49 anos (64,53%), enquanto 22,09% têm entre 20 e 29 anos. A maior parte dessa população é solteira (80,81%) e sem filhos(as) (49,42%). Em relação à escolaridade, indica-se predominância de pessoas com ensino fundamental incompleto, representando 55,23% da população. Também há uma proporção significativa de pessoas não alfabetizadas (7,56%).

No tocante ao perfil de saúde mental, nos prontuários analisados no IPFMC, os CIDs mais identificados nos laudos de sanidade mental foram: F20 – esquizofrenia (50%) e F10-F19 – transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas (44,2%) e retardo mental (15,7%). Destaca-se que 63,31% da população possui registro de passagem em CAPS, 41,01%, em hospital psiquiátrico, e 20,14%, em clínica conveniada ao SUS.

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. Em relação à infração penal (considerando a possibilidade do registro de mais de uma infração), os três tipos principais referem-se a: i) art. 121 – homicídio (52,3%), com 90 casos, sendo 43 deles (25%) 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%). Pode-se afirmar que aproximadamente metade das pessoas internadas no IPFMC (53,38%) está lá entre 3 e 10 anos. Enquanto outra parcela significativa (39,19%) tem estadia de 1 a 3 anos. Há também sete pessoas que estão na instituição há mais de 11 anos, caracterizando internações prolongadas.

Análise geral e comparada

Das unidades federativas apresentadas, é possível entrever, em relação ao Censo de 2011 (Diniz, 2013), uma diminuição significativa da população internada nos estados do Rio Grande do Sul e do Pará, que passaram por um efetivo investimento de projetos de desinstitucionalização desde então. Na Paraíba, pode-se dizer que há estabilização do contingente populacional. Na Bahia, houve aumento significativo de 23%, enquanto, em São Paulo, observa-se uma pequena redução de 6%.

Em relação aos dados sociodemográficos, é possível notar um perfil predominante: população masculina adulta, entre 30 e 49 anos, pouquíssimo escolarizada, com tendência a ser solteira e não ter filhos(as). Trata-se de uma população em sua maioria preta e parda, com exceção do estado do Rio Grande do Sul que possui mais pessoas brancas.

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, seguidos de esquizofrenia.

Tabela 8 – 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%	–

Sobre os dados jurídicos, há duas situações diferentes. Nos cinco estados, a infração penal predominante é o homicídio (seja na forma tentada, seja efetivada), sugerindo que a medida de segurança ou o recolhimento provisório estão principalmente relacionados a situações de crimes contra a vida, o que não exclui a importância de 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).

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, nota-se elevada taxa de internação provisória, chegando a superar, na Paraíba, os casos de medida de segurança de internação. Nesse aspecto, ao invés de um cenário de desinstitucionalização em curso, a quantidade de pessoas internadas há menos de um ano na Paraíba e na Bahia sugere circulação acelerada e intensa vivacidade dos hospitais de custódia.

PARTE 2 – ARGUMENTOS JURÍDICOS E FLUXOS PROCESSUAIS

A segunda parte do relatório indica resultados quantitativos e qualitativos sobre: (a) os argumentos jurídicos mobilizados nos processos decisórios relacionados à execução da medida de segurança e; (b) o fluxo processual para analisar os tempos dos autos e os trânsitos institucionais, dando atenção às entradas e permanências em ECTPs, mas também às passagens das pessoas por outros tipos de estabelecimentos, inclusive antes mesmo do fato que ensejou o processo.

Foram analisados 294 processos de execução de medida de segurança em sete unidades da Federação (UF), 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. Os processos foram coletados via SEEU e e-SAJ (no caso de São Paulo), sendo selecionados os que foram distribuídos ao longo de seis anos (a partir do dia 1º de julho de 2017 até 30 de junho de 2023), em que os considerados inimputáveis tenham passado por processo de internação em estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP, manicômio judiciário ou similar) e cujo desfecho processual tenha resultado em desinternação e/ou extinção de medida de segurança. Entre os estados analisados, Mato Grosso do Sul e Piauí não possuem hospitais de custódia.

2.1 Perfil dos casos analisados

Os resultados indicam que 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. A liberdade provisória é uma exceção no país, em contraponto ao ditame legal (art. 321, CPP), o que reforça o quadro geral de aprisionamento. Além disso, os percentuais de prisão provisória são altos em todos os estados, correspondendo a 77,55% dos processos analisados em todas as UFs, o que entra em conflito com a Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, no que se refere ao direito de tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2001).

Ademais, o fato de essas pessoas terem sido presas provisoriamente — em delegacias, cadeias públicas, espaços de detenção provisória e unidade prisional — evidencia que estavam em locais incompatíveis com a sua condição. Assim, é importante sublinhar que a inexistência de HCTP não garante que elementos importantes da Resolução CNJ n. 487, de 15 de fevereiro de 2023, estejam sendo assegurados, como o “impedimento de isolamento compulsório” e o “alojamento em ambiente impróprio”.

Quanto ao perfil dos exames de sanidade mental, identificou-se que os psiquiatras atuaram em 83,67% dos casos (246), com maior poder no campo de produção de exames em todos os estados analisados, enquanto outros profissionais assinaram tal exame em apenas 1,02% da amostra. Os dados indicam a importância e o peso do debate médico-psiquiátrico nas estratégias de desinstitucionalização e a subrepresentação de

outras avaliações e exames realizados antes da sentença de internação, como avaliação multiprofissional de outra equipe de saúde da RAPS, relatório multiprofissional da EAP, avaliação multiprofissional da equipe do HCTP ou da unidade prisional.

Nesse aspecto, destaca-se a ausência de atuação das equipes multiprofissionais também na fase de execução, nos estados da Bahia, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Sul e São Paulo, uma vez que apenas o estado do Pará apresenta participação significativa dessas equipes nas avaliações. Quanto à avaliação multiprofissional de equipe do HCTP ou da unidade prisional, foram realizadas em 83,33% dos processos do Pará, 33, 33% dos casos no Piauí, em 93,75% dos processos no Rio Grande do Sul e em 69,03% dos casos em São Paulo. As avaliações da EAP foram identificadas com maior recorrência no Pará, em 86,11% dos processos, e, em 38,46%, no Mato Grosso do Sul, com baixa recorrência nas demais UFs. Quanto às avaliações realizadas pela RAPS, apenas no Mato Grosso do Sul o CAPS obteve certo protagonismo, uma vez que apareceu em quase metade dos casos do estado, 46,15%.

As determinações das sentenças também foram analisadas e as decisões de cumprimento de medida de segurança de internação foram a maioria em todos os estados analisados. As sentenças que decidem por tratamento ambulatorial foram identificadas em 10% dos processos na Bahia, 11% na Paraíba e 6% em São Paulo. Observa-se, ainda, que a determinação da medida de segurança de internação não é a única porta de entrada para os HCTPs. O encaminhamento para tais instituições pode ocorrer 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.

No que se refere aos tipos penais, os crimes registrados nas sentenças de cada estado apontam para diferenças considerando as UFs pesquisadas. Entretanto, ao agrupar os crimes por categoria com base na 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), os crimes contra a vida foram, em todos os locais investigados, os tipos penais registrados com mais frequência. Contudo, eles são mais representativos nos estados do Piauí (83%), da Bahia (65%), do Rio Grande do Sul (63%) e da Paraíba (61%). Nos estados do Mato Grosso do Sul, São Paulo e Pará, esse tipo de crime não alcança 50% das amostras. São esses também os estados com o maior percentual de ocorrência de crimes contra o patrimônio, que representam 33% dos crimes do Mato Grosso, 32% dos crimes de São Paulo e 31% dos crimes do Pará. Nos estados da Bahia, do Rio Grande do Sul e da Paraíba, os crimes patrimoniais alcançam, no máximo, 20% do total de casos analisados; enquanto no Piauí não houve registro desse tipo de crime. Chama a atenção que apenas em São Paulo e no Mato Grosso do Sul houve registro de crimes relacionados à Lei de Drogas – no primeiro, atingindo quase 12% do total, percentual relevante diante dos outros cinco estados em que não houve nenhum registro de tal tipo de ocorrência.

2.2 Argumentos e fundamentos jurídicos

A pesquisa também analisou os argumentos e fundamentos jurídicos utilizados nos processos, adotando uma abordagem quali-quantitativa. O objetivo foi mapear as provas consideradas nas sentenças de internação e entender os argumentos que orientam as decisões de internação, de conversão de pena em medida de segurança, de desinternação e de extinção da medida de segurança.

Com relação às provas consideradas nas sentenças, inicialmente, identificou-se a frequência com que cada prova referente à identificação da autoria e da materialidade do crime foi mencionada pelos(as) magistrados(as) nas sentenças que determinam a internação. Na Bahia (75,68%), no Mato Grosso do Sul (66,67%), no Pará (58/33%), na Paraíba (77,78%), no Piauí (100%), no Rio Grande do Sul (80%), a prova mais frequente mencionada pelos(as) magistrados(as) para decidir sobre a autoria e a materialidade foi o depoimento das testemunhas civis; apenas em São Paulo, o depoimento da vítima foi a prova mais recorrente (63,38% dos casos). Além disso, também foram identificadas menções a exame de sanidade mental, a objetos apreendidos (dinheiro, inclusive), à confissão, a exame de corpo de delito e a outros laudos periciais. Chama a atenção a recorrente utilização de depoimentos de policiais como prova testemunhal, sendo que esses, em regra, não acompanham o acontecimento do crime, mas são chamados para atender à ocorrência apenas quando já se concretizou.

Em seguida, foram identificados vários argumentos utilizados nas sentenças de internação, dos quais alguns se apresentam de forma mais frequente. Em todos os estados, o argumento mais utilizado foi o da inimputabilidade 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 Código Penal 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.

Também foram mapeadas situações em que houve a conversão da pena para medida de segurança no decorrer dos processos. 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 dezessete de São Paulo. Houve, também, dezessete processos em que foi identificada a conversão do tratamento ambulatorial em medida de segurança, sendo quatro da Bahia; uma do Mato Grosso do Sul; três da Paraíba; e nove de São Paulo.

Nesse contexto, alguns motivos foram identificados como justificativa para a conversão: o cometimento de novo crime durante o tratamento ambulatorial (TA); o não comparecimento ao TA; o estado psíquico do sujeito; a recomendação de laudo psiquiátrico; o provimento de recurso movido pelo Ministério Público; a proteção da sociedade e da integridade física e psíquica do sentenciado.

Sobre as decisões de desinternação, foram identificados os seguintes pontos: (i) a manifestação do Ministério Público sobre o exame de cessação de periculosidade que opinou pela desinternação; (ii) as avaliações e os exames considerados na decisão que

efetivamente determinou a desinternação; (iii) a determinação da decisão – se extinção da medida ou conversão para tratamento ambulatorial; (iv) se a desinternação ocorreu efetivamente após a decisão; e, se sim, (v) se há registro de nova prisão ou internação após tal saída.

No que tange ao aspecto (i), em todos os estados, na maioria das manifestações, o Ministério Público se posicionou favoravelmente à desinternação, opinando, no entanto, pela desinternação condicional. Quanto às avaliações e aos exames considerados na decisão que efetivamente determinou a desinternação (ii), em regra, o exame pericial foi a principal – quando não a única – avaliação considerada pelos(as) magistrados(as) para a determinação da desinternação, com exceção do estado do Pará, onde as decisões mencionam os relatórios de avaliação multiprofissional da EAP com ainda mais frequência. Sobre a determinação das decisões de desinternação: encaminhamento para o tratamento ambulatorial ou liberação sem nenhum tipo de cumprimento posterior (iii), fica evidente que o tratamento ambulatorial tem sido mobilizado pelo Poder Judiciário de todos os estados como uma etapa subsequente à desinternação, como é visto na maioria das decisões.

Quanto ao item (iv), em todos os estados, identificou-se que a desinternação se concretizou efetivamente na maioria dos casos: na Bahia, em 80%; no Mato Grosso do Sul, em 100%; no Pará, em 91,67% dos casos; na Paraíba, em 82,14%; no Piauí, em 100%; no Rio Grande do Sul, em 87,5%; e, em São Paulo, em 89,68%.

A pesquisa também sistematizou os casos em que houve nova internação ou prisão após a desinternação ter se concretizado (v). Na Bahia, ocorreu a reinternação em 6,25% dos casos, e outra prisão em 3,13%; no Mato Grosso do Sul, em 7,69% houve nova prisão; no Pará, em 9,09% houve nova prisão, em 3,03% houve reinternação; na Paraíba, em 4,35% houve reinternação; no Piauí, em 16,67% houve nova prisão; No Rio Grande do Sul, em 14,29% houve nova prisão; em São Paulo, por fim, em 10,79% houve nova prisão.

Portanto, conforme mencionado, apesar de haver a decisão de desinternação nos processos analisados, em poucos há extinção da medida de segurança. Dos 294 processos avaliados, somente foram encontradas 83 extinções. Nesses casos, o Ministério Público se manifestou favoravelmente à desinternação em 65.

Destaca-se, contudo, o fato de que, desses casos, em 24,94%, a avaliação psicossocial não foi determinante para a extinção. Os argumentos para a extinção da medida de segurança são variados, mas prevalece o que estabelece o art. 97, § 3º, do Código Penal. Nesse sentido, em 41 dos casos utilizou-se como motivação para a extinção o “cumprimento das condições da desinternação condicional no prazo determinado, sem notícia de elemento que indique a persistência da periculosidade.” Em seguida, os três argumentos com maior incidência foram: alcance do tempo máximo da pena em abstrato prevista na capitulação do delito, nos termos da Súmula n. 527 do STJ (12 casos); manifestação favorável do Ministério Público (12 casos); e cessação de periculosidade confirmada por perícia médica (11 casos). É necessário ressaltar a falta de evidência legislativa sobre a extinção da medida após a desinternação, o que pode contribuir para o baixo delineamento disso nas decisões. A extinção é crucial para o término da medida de segurança, ou seja, para que o estado penal não continue a exercer controle sobre o indivíduo.

2.3 Fluxos processuais e os trânsitos nas instituições

Na última parte da investigação, apresentou-se, de forma mais detida, a pesquisa de fluxo. O estudo de fluxo processual consiste na análise dos trânsitos e tempos relacionados à internação das pessoas em conflito com a lei no sistema de justiça criminal.

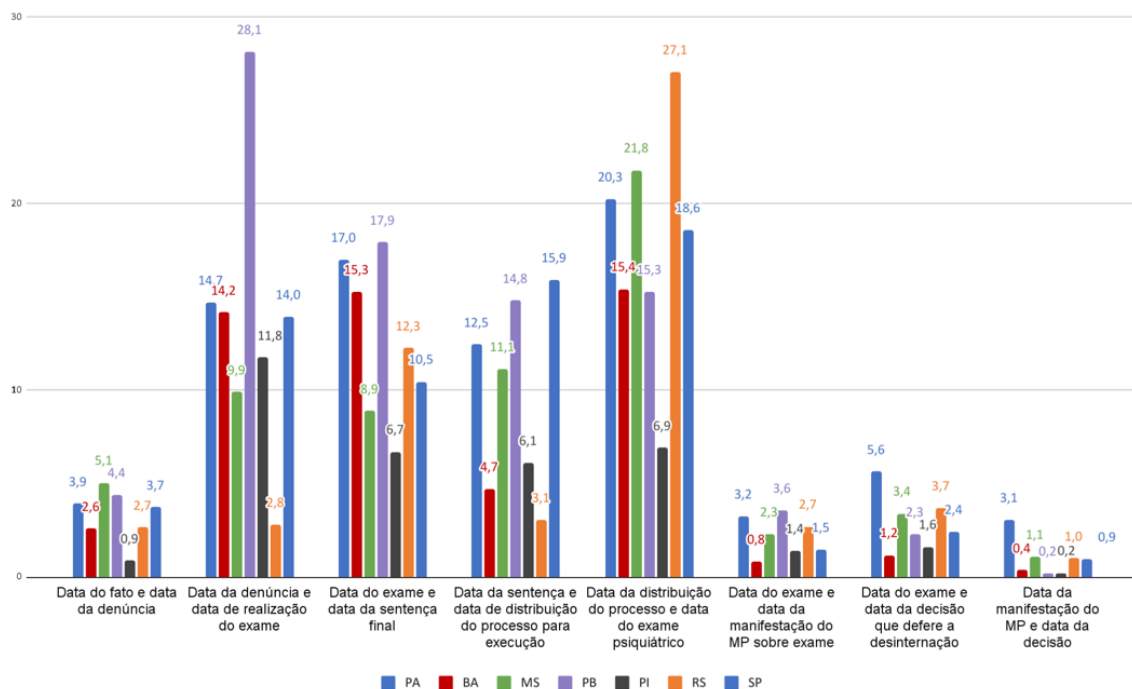
O objetivo foi contribuir para a compreensão das temporalidades que permeiam os processos e o trânsito das pessoas, por meio da elaboração de fluxograma das principais etapas e da observação dos tempos processuais. Os momentos processuais analisados foram: fato, inquérito policial, denúncia, exame de sanidade, sentença de conhecimento, eventuais recursos, trânsito em julgado, distribuição do processo para a execução, entrada na unidade, exame de verificação de cessação de periculosidade, manifestação do Ministério Público sobre a desinternação, decisão de desinternação, saída da unidade e extinção da medida.

Esses momentos processuais, além de permitirem uma análise mais estruturada e sistematizada de cada caso, perpassam as fases pré-processual, processual e de execução penal. Com base nas análises, constatou-se 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. Analisando em conjunto os sete estados, foi possível observar que a maioria dos processos demorou até três anos (30,43%), o que pode ser explicado pelo recorte delimitado da pesquisa. Na comparação entre os estados, percebe-se que a Paraíba possui o maior tempo médio entre a data do fato e a desinternação (seguido pelo Pará) e o Piauí registra 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 10 anos. Com relação ao 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 (2 anos) tiveram o menor tempo.

Com relação ao tempo médio entre a data do fato e a denúncia, o Piauí foi o estado com menor tempo, 9 meses, enquanto o Mato Grosso do Sul tem um tempo médio de 5,1 meses. A Paraíba também se destaca, com tempo médio de 4,4 meses. No que tange ao tempo médio entre a data da denúncia e a data da sentença, 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, portanto, reproduz o menor tempo na fase preliminar e processual e a Paraíba destaca-se com os maiores períodos nas duas etapas.

Por fim, foi analisado o tempo decorrido entre o início da execução e a desinternação. 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 (8 meses). O Piauí segue como o estado com menor tempo médio nas três fases. É possível também analisar de forma comparativa os fluxos de cada estado, mostrando que há dinâmicas específicas que devem ser compreendidas:

Gráfico – Marcos temporais dos estados analisados (meses)



Mensurar os tempos de investigação e de tramitação processual é fundamental para entender questões como o baixo grau de esclarecimento dos crimes, a morosidade processual ou a insuficiência de provas na fase de instrução, o que pode contribuir para o agravamento de violações, como as detenções provisórias. Investigou-se também sobre a fase recursal e o trânsito em julgado dos processos. O primeiro aspecto investigado foi se houve ou não algum recurso. Na maioria dos casos, não foi informado sobre a propositura de algum recurso e, quando há informações, prevalece entre os estados a ausência de recursos, sendo que o estado de São Paulo foi onde mais se recorreu e o Piauí foi o único estado sem nenhum recurso.

Na etapa seguinte, a avaliação foi sobre o provimento dos recursos. 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, diferentemente de São Paulo. Outro aspecto que mereceu atenção foram possíveis impetrações de *habeas corpus*. Observaram-se 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 dezessete em São Paulo. Seu pouco acionamento pode sugerir que não são desenvolvidas muitas estratégias jurídicas voltadas à promoção da liberdade das pessoas internadas nos HCTPs. É notável, nesse contexto, a escassez de pedidos de indulto. Os dados não evidenciaram essa aplicação. Somente em São Paulo foram encontrados pedidos (três ao todo).

Quanto ao trânsito em julgado, a maioria dos casos já foi finalizada, exceto na Bahia. Nos estados da Paraíba e do Piauí, todos os processos transitaram em julgado. No entanto, na Bahia, 57,5% dos casos ainda não foram concluídos nesse aspecto.

Buscou-se observar também o tempo médio entre a sentença e o trânsito em julgado. O Mato Grosso do Sul é o estado com o maior tempo de demora para o trânsito

em julgado (12 meses), enquanto a Bahia possui o menor tempo (2,5 meses). 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.

Quanto aos fluxos e trânsitos entre as instituições, as análises englobam a circulação das pessoas em dois períodos distintos. O primeiro refere-se ao tempo anterior ao processo e à data do fato que o ensejou. O segundo abrange o intervalo entre o fato e a desinternação, com atenção aos momentos que antecedem e sucedem a sentença.

No momento anterior à produção da sentença, identificou-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. No momento após a sentença, analisou-se (iii) as instituições para as quais as pessoas foram encaminhadas inicialmente, na fase de execução processual, e (iv) as instituições pelas quais as pessoas transitaram ao longo da execução da medida de segurança e antes da desinternação.

Essa estratégia analítica contribui para o reposicionamento dos HCTPs, mostrando que eles não são os únicos locais a serem considerados quando se reflete sobre as medidas de segurança no país.

Os dados desta pesquisa sustentam que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei não estão apenas nos HCTPs, mas circulando por diversas instituições penais e de cuidado.

O fato de os HCTPs estarem articulados a uma malha de instituições permite entender por que o fechamento desses estabelecimentos, embora seja uma medida importante, não é suficiente para resolver os desafios enfrentados pelas pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil.

Os modos de existir dessas pessoas constituem-se, afinal, por meio de suas experiências nos trânsitos institucionais, dentro e fora dos HCTPs. Os trânsitos institucionais referem-se, portanto, às pessoas que entram e saem, que vão e vêm por entre os processos.

No que diz respeito à trajetória institucional dos pacientes antes do fato que ensejou o processo criminal, o registro de prisão anterior foi identificado em quase 30% do total de casos estudados (29,25%, 86 casos). Isso significa que uma parcela de pessoas com transtornos mentais tem sido encaminhada às instituições penais, seja como forma de “tratamento”, seja mesmo como forma de punição e gestão urbana. São Paulo (34,84%), Piauí (33,33%) e Bahia (32,5%) lideram os casos de pessoas que foram presas antes do processo, com taxas acima da média nacional. Os dados também mostram que parte das pessoas já entrou, saiu e voltou para os HCTPs: São Paulo concentra o maior número de casos, 34,84%; seguido pela Bahia, 22,5%; o Pará, 11,11%; e o Rio Grande do Sul, 6,25%.

Muitos pacientes também já haviam passado por algum tipo de tratamento ambulatorial, anterior à medida de segurança: no Rio Grande do Sul (62,50%) e em São Paulo (35,48%) os percentuais são mais expressivos, o que indica fluxos maiores entre instituições penais, de saúde e cuidado; no Pará, o percentual (25%) é menor em relação à taxa

nacional (26,87%); enquanto as passagens anteriores por CAPS ou outros equipamentos de saúde são menos recorrentes na Paraíba (10,71%) e na Bahia (5%), e sem recorrência no Mato Grosso do Sul e no Piauí. Ao mesmo tempo, as passagens anteriores em hospital psiquiátrico são, em geral, menores em comparação às passagens por tratamento ambulatorial, com exceção apenas na Bahia e no Mato Grosso do Sul.

Considerando as instituições para as quais os réus são encaminhados após a aplicação da medida cautelar de prisão provisória ou internação provisória, os dados mostram que prevalece a lógica prisional, com a maior parte das pessoas sendo encaminhadas para espaço de detenção provisória (39,46%) e unidade prisional comum (23,13%). São Paulo e Piauí apresentaram as maiores taxas de encaminhamento aos espaços de detenção provisória, 58,06% e 83,33%, respectivamente. Em São Paulo, os destinos foram os diversos Centros de Detenção Provisória existentes na capital e no interior e as cadeias públicas ou delegacias; enquanto, no Piauí, a prisão de pessoas em espaço de detenção provisória ocorreu com mais recorrência na Central de Flagrantes. Na Bahia, no Mato Grosso do Sul e no Rio Grande do Sul, as unidades prisionais comuns lideraram os destinos iniciais de 55%, 92,31% e 43,75% das pessoas, respectivamente. No Pará, os estabelecimentos prisionais não específicos para pessoas com transtorno mental (unidade prisional comum e espaço de detenção provisória) representam 41,67% da amostra, sendo ainda as instituições mais mobilizadas em relação ao HCTP, para onde 30,56% dos pacientes foram encaminhados. Na Paraíba, o HCTP é a primeira instituição para onde os réus seguem inicialmente, representando 39,29% do total dos casos, superando os que foram encaminhados para os estabelecimentos prisionais não específicos para medida de segurança.

A pesquisa também buscou compreender as instituições pelas quais as pessoas transitam ao longo da fase anterior à sentença durante a medida cautelar. O HCTP figura como o tipo de instituição para onde mais de 50% das pessoas são encaminhadas nessa fase, nos estados da Bahia, Pará e Rio Grande do Sul; mas tal instituição não apresenta centralidade nesses estados, uma vez que há percentuais elevados de pessoas que também circularam por unidades prisionais comuns e espaços de detenção provisória.

Na Paraíba, há maior percentual de pessoas encaminhadas para HCTP (60,71%) e menor incidência de pessoas que transitaram por estabelecimentos prisionais não específicos para medida de segurança (14,29%).

Em São Paulo, o quadro é invertido, apenas 4,74% das pessoas foram encaminhadas para HCTPs, com o menor percentual entre as UFs analisadas, enquanto 62,23% seguiram para espaço de detenção provisória (o maior percentual entre os estados analisados para esse tipo de instituição) e 26,45% para unidade prisional comum. As exceções são as UFs que não possuem HCTP.

No Mato Grosso do Sul, 92,31% dos pacientes passaram por unidades prisionais, em geral, de segurança máxima, em alas para pessoas com transtorno mental, cujas condições de tratamento são precárias, enquanto 7,69% também transitaram por espaço de detenção provisória.

No Piauí, onde também não há HCTP, todas as pessoas seguiram para o Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, um estabelecimento psiquiátrico não específico para medida de segurança.

Quanto às instituições para as quais as pessoas foram encaminhadas logo após a sentença, na fase de execução, os encaminhamentos para HCTPs atingiram patamares acima de 85% na Bahia, no Pará e na Paraíba, chegando a 100% no Rio Grande do Sul.

No estado de São Paulo, apenas 47,10% das pessoas foram encaminhadas para esse tipo de instituição após a sentença, enquanto 37,42% seguiram para unidades prisionais comuns – o maior percentual entre os estados pesquisados.

O percentual paulista só é menor em relação ao Mato Grosso do Sul, cuja maior parte das pessoas (84,42%) são enviadas para unidades prisionais comuns de segurança máxima, e ao Piauí, onde a totalidade das pessoas foram encaminhadas inicialmente para o Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu.

No que se refere aos trânsitos das pessoas ao longo da execução da medida de segurança e antes da desinternação, nota-se maior centralidade dos HCTPs, enquanto os trânsitos das pessoas pelas instituições tendem a ser mais intensos na fase de conhecimento.

Na Bahia, no Pará e na Paraíba, mais de 90% das pessoas passaram por esse tipo de instituição. No Rio Grande do Sul, 87,50% das pessoas também transitaram por HCTP. O estado de São Paulo apresentou a menor porcentagem de trânsito de pessoas nessa instituição, 74,42%, e o maior trânsito de pessoas em espaço de detenção provisória, por onde circularam 33,55% dos pacientes.

Em comparação às demais UF's, os trânsitos mais intensos em unidade prisional na fase de execução foram identificados no Pará, por onde passaram 38,89% das pessoas, e em São Paulo, por onde também transitaram 36,13% dos pacientes.

No Mato Grosso do Sul, não há como falar de circulação na fase da execução da sentença, já que 92,31% ficaram em unidade prisional comum, enquanto uma única pessoa foi encaminhada para clínica particular. No Piauí, todos os pacientes passaram pelo Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu ao longo da execução e uma pessoa também circulou por unidade prisional comum.

Os dados sobre os trânsitos das pessoas na fase de instrução e na fase de execução processual mostram que elas circulam por uma série de instituições, sobretudo na primeira fase, quando são aplicadas medidas cautelares como a prisão provisória. Embora haja maior centralidade do hospital de custódia na fase de execução, notou-se um contínuo prisão-manicômio, que merece ser considerado na política de desinstitucionalização.

Por fim, analisaram-se os trânsitos de pessoas e o uso de drogas. O debate acerca dos trânsitos institucionais ajuda 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.

Para essa análise, identificou-se inicialmente se os processos faziam menção ao uso de substâncias psicoativas por parte dos(as) pacientes. No total, mais da metade dos processos, 54,43% (160), indicaram registro de uso de drogas, mostrando que a política de guerra às drogas afeta as unidades de cumprimento da medida de segurança de internação.

O estado de São Paulo lidera os registros, com 65,81% de casos, seguido pelo Mato Grosso do Sul, 61,54%, e o Pará, com 61,11% dos registros. Na Bahia, 40% (16) das pessoas faziam uso de substâncias ilícitas; na Paraíba, 17,86%; no Piauí, houve registro em um caso (16,67%); e, no Rio Grande do Sul, o percentual de usuários foi de 37,5%.

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.

Esses processos remetem ao trânsito de pessoas e a um movimento de entra e sai entre instituições de saúde e segurança. Nesse sentido, os processos analisados em São Paulo permitem compreender que os trânsitos institucionais pessoas usuárias de drogas em situação de rua são elementos importantes para futuras estratégias de desinstitucionalização.

Outro aspecto que ganha destaque é uma possível relação entre o trânsito processual, o registro processual sobre o uso de drogas e os crimes patrimoniais. O Pará, o Mato Grosso do Sul e São Paulo apresentam o maior registro de uso de drogas, onde os crimes patrimoniais se destacam.

Os dados evidenciam que a menção do uso de substâncias psicoativas é recorrente nos processos e servirá para marcar o perfil do sujeito “desajustado”, mesmo que a conduta criminalizada não esteja vinculada à Lei de Drogas (Lei n. 11.343/2006).

O uso indiscriminado da internação como principal solução para pessoas em situação de rua ou com problemas relacionados ao uso de drogas reflete a força de concepções institucionalizantes, tão discutidas pela Reforma Psiquiátrica, no campo de trabalho com usuários de drogas (Assis, Barreiros, Conceição, 2013).

PARTE 3 – DINÂMICAS DE GESTÃO E ESTUDOS DE CASO

Na terceira parte do relatório, busca-se aprofundar a compreensão acerca das medidas de segurança por meio da análise detalhada de casos. Para tanto, trabalha-se com base em duas camadas, descritivas e analíticas, que se diferem entre si, 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 medidas de segurança. Por meio da análise de processos judiciais e da reconstrução de fragmentos das vidas dessas pessoas, destacam-se: 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 psiquiátricos; b) os tempos para a produção de exames, laudos, decisões, entre outros documentos, caracterizados pelos excessos de prazo; c) os nexos que articulam os manicômios judiciários aos CAPS, fazendo com 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” – crimes de menor potencial ofensivo; e) as EAPs que, em algumas ocasiões, surgem como auxílio do Judiciário, sendo responsáveis pela monitoração dos(as) pacientes.

Por sua vez, no que tange à segunda camada analítica, são analisados três casos em profundidade, buscando esmiuçar as especificidades da medida de segurança em suas múltiplas dimensões, com base nas trajetórias das pessoas envolvidas. Os casos referem-se a: a) um caso de longa internação; b) um caso relacionado ao uso de drogas e aos vários trânsitos entre o dentro e o fora do perímetro institucional; e c) um caso de transferência direta de uma unidade socioeducativa para o manicômio judiciário.

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 detalhar, por meio 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.

3.1 Dinâmicas de Gestão

3.1.1 Uso de drogas e medida de segurança

Nesta primeira seção, demonstra-se como o perfil “usuário de drogas” se entrelaça à aplicação da medida de segurança, seja por meio de internações em razão de supostos crimes relacionados à Lei n. 11.343/2006 (“Lei de Drogas”), seja em decorrência do papel que o consumo de drogas assume nas narrativas que compõem as acusações e as condenações, independentemente da tipificação penal.

Nessa direção, chamam atenção as atuações de alguns(as) advogados(as) (dativos) que, na busca de desqualificar a acusação de tráfico, requerem o exame toxicológico, contribuindo para a construção da imagem do dependente químico.

De fato, a chamada Lei de Drogas constitui-se como um elemento fundamental para a compreensão dessas dinâmicas. Independentemente da infração penal cometida, a referida lei, em seu art. 45, abre espaço para que o acusado, em vez de ser encaminhado para as prisões, seja direcionado para “tratamento médico adequado”.

Na prática, essa alternativa tem sido utilizada como envio imediato aos manicômios judiciais, em vez de encaminhar as pessoas para tratamento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Apesar da centralidade da Lei de Drogas, o estudo de alguns casos sugere que há novos entrelaçamentos entre os discursos moralizadores vinculados ao uso de drogas e à retórica do *perigo*. Observa-se, no âmbito do sistema de justiça criminal, o entrelaçamento cada vez mais frequente entre a figura do “noia” e do “louco infrator”. Essa questão, que ainda requer mais investigação, já apresenta algumas pistas, conforme indicado no presente relatório.

Além disso, a análise de alguns processos revela elementos que permitem refletir sobre como esse entrelaçamento se reconfigura em casos que envolvem mulheres, conectando aspectos como o espaço doméstico, o uso e a venda de drogas, e a prostituição.

Por fim, constata-se que toda a discursividade em torno da questão das drogas é fundamental no processo de revitalização das instituições e lógicas manicômiais. Em tempos de várias discussões sobre a desativação dos manicômios judiciais, por força da Resolução CNJ n. 487/2023, embasada pela Lei n. 10.216/2001, a ampla abertura delas a receberem um novo “público”, como vem ocorrendo em distintos estados da Federação, sugere que essas instituições se reinventam constantemente e, portanto, seguem cada vez mais vivas.

3.1.2 A temporalidade dos documentos e os CAPS

Atravessados do início ao fim pelo descumprimento dos prazos – com destaque para a demora excessiva dos exames de verificação de cessação de periculosidade –, os processos analisados nesta seção caracterizam-se pela espera e, consequentemente, pela extensão da medida de segurança, que já é marcada pela indeterminação temporal. Quando são produzidos de modo a negar a desinternação, esses exames, entre outros argumentos, mobilizam “fatores de risco de reincidência criminal” e “vínculos familiares fragilizados”.

Particularmente interessante é o papel que as narrativas sobre a família ocupam nos documentos institucionais. Se, por um lado, na realização dos exames de sanidade mental, são frequentes as menções à “família desestruturada” (imagem fundamental na produção dos sujeitos considerados desviantes), por 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.

Outro ponto que merece destaque é a chamada desinternação condicional, que, em consonância com o sistema penitenciário, opera como progressão de pena. Embora os Centros de Atenção Psicossocial, surgidos das lutas antimanicomiais, tenham sido criados como uma alternativa ao modelo centrado nas longas internações psiquiátricas, alguns deles acabam funcionando como extensões dos manicômios, nos quais cumpre-se a medida de segurança em uma espécie de regime aberto, tornando os CAPS espaços de vigilância e controle.

Ao menor sinal de desvio, a regressão de regime figura como possibilidade, indicando continuidade entre as esferas da saúde e do Judiciário e, mais precisamente, a captura da saúde pelo jurídico. Esses fluxos e refluxos entre manicômios judiciais e CAPS são tão rotineiros que, em alguns casos, o processo de execução é uma sucessão de entradas e saídas, demonstrando uma das facetas da inventividade institucional: a gestão pela circulação dos indesejáveis urbanos.

3.1.3 Experimentações: cadeia, tornozeleira eletrônica, comunidades terapêuticas e EAP

Nesta seção, os casos analisados revelam estratégias insólitas de gestão de pessoas em cumprimento de medida de segurança, sobretudo no Mato Grosso do Sul – estado em que não há manicômio judiciário. Nesse sentido, destacam-se: a internação em unidades prisionais comuns, a determinação judicial de uso de tornozeleira eletrônica para monitorar a adesão ao tratamento ambulatorial e a internação em comunidades terapêuticas.

Esses casos têm em comum a atuação das EAPs, um órgão que conecta o Judiciário à saúde e sobre o qual recai muita expectativa quanto à sua importância 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.

Em vez 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 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 de mera crítica à atuação de tais equipes, mas ao modo como o Judiciário incorpora, em sua mecânica punitiva, equipamentos e dispositivos que, inicialmente, foram criados para operar em outro registro.

O uso do monitoramento eletrônico também é um ponto que merece destaque. Trata-se de um dispositivo característico do cumprimento de pena, incompatível, portanto, com as medidas de atenção à saúde mental. 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. Perde-se o caráter de direito à saúde

e reforça-se a dimensão de punição das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Outra perversidade encontrada no caso do Mato Grosso do Sul é o fato de que, na ausência de ECTP, representantes do poder público recorrem às comunidades terapêuticas como possibilidade de internação. Entretanto, esses estabelecimentos são vedados pela Lei n. 13.840/2019, que determina que a internação de pessoas que fazem uso problemático de drogas deve ocorrer, excepcionalmente, em unidades de saúde e hospitais gerais.

A análise dos processos aponta, assim, para práticas alarmantes. Em estados nos quais não há manicômios, outras tecnologias de gestão têm sido usadas. No momento em que se discute o fechamento dessas instituições, as experimentações no Mato Grosso do Sul devem ser analisadas com atenção, tendo como objetivo central a sua não reprodução.

3.1.4 Os manicômios e a gestão da pequena delinquência urbana

Diferentemente dos estereótipos que retratam as pessoas que cumprem medida de segurança de internação como assassinos em série, parricidas e psicopatas, a análise de alguns processos revela que o confinamento nos hospitais de custódia também vem sendo usado na gestão do que se pode chamar de “pequena delinquência urbana”, ou, em termos jurídicos, em casos que envolvem crimes de pequeno potencial ofensivo.

Trata-se de usuários de drogas, pessoas envolvidas em roubos de celular, furtos de frutas e cigarros, agressões intrafamiliares e subtração de ínfimas quantias. São indivíduos pobres, em situação de rua e em sofrimento psíquico, mantidos em privação de liberdade e confinados em manicômios judiciais por delitos de baixa significância. Entre detenções e solturas, internações e transferências, muitos deles circulam há anos pelo sistema penal – em um dos casos analisados, essa trajetória já soma cerca de 17 anos entre confinamentos e passagens pelo sistema.

Na próxima seção, observa-se como as dinâmicas descritas se reproduzem em três casos analisados detidamente. Se, por um lado, esses casos demonstram o funcionamento geral das políticas direcionadas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei; por outro, permitem lançar luz sobre aspectos específicos que os constituem.

3.2 Estudos de caso

3.2.1 Bernardo e a longa internação

Bernardo⁴ foi preso em 1996 e, ao menos até setembro de 2023, encontrava-se custodiado no HGP (Pará), aguardando mais uma perícia. Está privado de liberdade, portanto, há mais de 27 anos, dos quais 13 em unidades prisionais e 14 no manicômio judiciário. O seu caso permite compreender as diversas dinâmicas médico-jurídicas que

4. Todos os nomes próprios citados ao longo do presente texto são fictícios. Os casos aqui apresentados, por se tratar de um Sumário Executivo, foram reduzidos significativamente. É no relatório principal que se encontram as análises em profundidade.

produzem internações de longa duração, em desacordo com a legislação e sem que haja perspectiva de que as pessoas encontrem a liberdade.

Assim como constatado em outros casos, a ausência de decisões judiciais e os longos períodos entre as movimentações processuais, os agendamentos das perícias e os laudos são fatores centrais para a sua permanência prolongada no HGP. O caso também se articula com outros processos analisados no que diz respeito às EAPs. Como já assinalado anteriormente, apesar de tais equipes terem sido idealizadas para favorecer a desinternação e o acompanhamento psicossocial, observa-se que, em algumas situações, elas opinam pela privação de liberdade. No caso em tela, a equipe manifesta-se pelo cumprimento de pena em presídio comum e, depois, pela manutenção da internação no HGP.

Por fim, a análise detalhada da história institucional de Bernardo sugere que o seu quadro de saúde se agravou no período em que esteve institucionalizado. Longe de proporcionar um acompanhamento adequado, o manicômio produz a cronificação e a paradoxal situação em que, quanto mais ele fica internado, mais “inserido” na instituição ele se torna e, portanto, mais complexa se torna a desinternação.

Nesse sentido, é possível afirmar que o manicômio produz mais manicômio, num 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.

3.2.2 Ricardo: o uso de drogas e o entra e sai do manicômio

Este estudo de caso foi selecionado devido a 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 (RS), observa-se que o caso compartilha semelhanças com a maioria da população internada nesse estabelecimento.

As semelhanças incluem os tipos de crimes cometidos, como roubo e furto, classificados, respectivamente, 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, além de avaliações e exames psiquiátricos que estabelecem a “periculosidade contínua”, agravada pelo “abandono familiar” e pelo “risco de recaída no uso de drogas”.

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 também vem sendo usada na gestão de uma “pequena delinquência urbana”, quase sempre associada à criminalização dos usuários de drogas.

Proveniente de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, Ricardo possui ensino fundamental incompleto, é solteiro e sem filhos(as). 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, e que são forjadas nas circulações por diferentes instituições (Mallart, 2021). O caso revela, ainda, a insuficiência de vagas em SRTs e a falta de celeridade processual para o custeio público de vagas, o que gera efeitos no aumento do tempo de internação, afetando a vida das pessoas internadas.

Após quase 20 anos entre idas e vindas do manicômio, o interlocutor, depois de uma fuga, veio a óbito, tendo sido encontrado machucado na rua e levado para um hospital de São Leopoldo, a cidade para onde ele sempre voltava quando fugia. A sua morte não foi a única que marcou a realização da presente pesquisa. Joana morreu no Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde Bezerra de Menezes, enquanto aguardava uma vaga no manicômio judiciário; Franklin faleceu quando cumpria medida de segurança em tratamento ambulatorial; Cida foi encontrada enforcada com um pedaço de fio nas dependências do manicômio judiciário do Pará, quando já havia decisão judicial favorável à sua desinternação. A internação nos manicômios não resulta apenas em morte social; a morte biológica, direta ou indiretamente, permanece como uma ameaça constante.

3.2.3 Eduardo e o contínuo punitivo-carcerário

O caso de Eduardo foi analisado em profundidade devido às características de sua trajetória institucional, envolvido pelos aparatos punitivos desde a sua adolescência, na Fundação de Atendimento Socioeducativo do Pará (Fasepa), até a internação no Hospital Geral Penitenciário, de maneira contínua.

Acusado de danificar e “desferir socos” contra um televisor da Fasepa, onde estava internado, Eduardo teve o seu processo de execução de medida de segurança iniciado em meio à finalização de sua medida socioeducativa. A sua trajetória esclarece conexões entre indivíduos considerados inimputáveis e movimentações por instituições psiquiátricas, hospitais, unidades socioeducativas, prisões e uma variedade de equipamentos de saúde e assistência social, como partes constitutivas de uma rede complexa de controle, punição e gestão de populações.

O afastamento do território de origem, a dificuldade em contatar seus familiares, amigos ou serviços de referência e o isolamento imposto são algumas das engrenagens punitivas da medida de segurança de internação.

Nesse ponto, ao ser internado no HCTP, Eduardo foi inserido em uma rede de gestão e controle que comprometeu suas possibilidades de sociabilidade, resultando em uma vida institucionalizada desde a adolescência, originada no centro de uma vasta rede de instituições com seus múltiplos saberes e poderes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Está em curso o enfrentamento dos “hospitais-prisão”, talvez a última fronteira do processo de desinstitucionalização promovido pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Esta pesquisa, concebida e realizada durante a urgência política da Resolução CNJ n. 487/2023, buscou apresentar, com base em distintos ângulos, o problema da medida de segurança no Brasil contemporâneo.

Esse problema não se restringe aos manicômios judiciais, ele também abrange o sistema prisional, o sistema socioeducativo e a rede de atenção psicossocial como um todo. O manicômio judicial 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 teve dupla intenção: i) documentar e retratar diversas perspectivas 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.

Nesse aspecto, este relatório constitui um instrumento para a luta. Espera-se que ele ressoe e se integre a outras iniciativas que buscam o fim dos manicômios judiciais e das práticas manicomiais em suas diferentes formas; portanto, enquanto arma de combate, usem-na!

Um 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 passado e não são resquícios de um tempo antigo. Além disso, o estudo mostrou que tais estabelecimentos se mantiveram ativos no processo histórico do qual são parte e se reinventaram: quando pareciam ver o seu público “clássico” (homicidas esquizofrênicos) estagnar, incorporaram um novo público (usuários de drogas); quando pareciam destinados a serem classificados como asilos, 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.

No período observado, fica evidente a rede médica e jurídica que integra essa estrutura. Dentro dos manicômios judiciais, a centralidade das avaliações psiquiátricas, especialmente do EVCP, pode fazer com que o tempo de internação se efetive como indeterminado. Fora deles, a desinternação condicional prorroga a medida de segurança, tornando os CAPS — e mesmo as EAPs — sistemas complexos de atenção, vigilância e controle.

Em meio às discussões sobre o fechamento dos ECTPs, é instigante notar, portanto, quão vivas estão essas instituições: 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 pessoas chegaram há menos de um ano nessas instituições. Da mesma forma, o alto número de internações provisórias permanece como uma realidade persistente. Além disso, a pesquisa evidencia que diversas pessoas 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 o estabelecimento. 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 apoio político. E as cidades parecem não estar preparadas para esse suporte.

Como mostram os casos estudados, o manicômio promove danos irreversíveis às biografias, torna ainda mais crônico o sofrimento mental, gera morte social e física. Por isso, barrar a entrada e estimular a saída dessas instituições é urgente.

Mas, com a extinção do manicômio judiciário, o que ocorrerá com a medida de segurança? Piauí e Mato Grosso do Sul são dois estados que não possuem ECTPs. Após a leitura analítica dos processos, depreende-se um cenário bastante temerário: além da substituição pelo tratamento ambulatorial, observam-se, igualmente, encaminhamentos para unidades prisionais, alocação em comunidades terapêuticas e uso de tornozeleiras eletrônicas. Essas características parecem revelar a atualização de dinâmicas manicomiais.

Nessa direção, são inúmeros os casos em que o tratamento ambulatorial implica suspeita e inspeção, intensificando o entra e sai dos manicômios. O termo “quebra de CAPS” passou a corrente entre internos e funcionários das unidades de custódia paulistas, utilizado para descrever o retorno aos ECTPs, geralmente realizado por meio de mandados de captura e busca policial ativa de apreensão.

Como todo processo histórico, este que está sendo vivenciado é aberto e, portanto, deve ser objeto de disputa. Nesse sentido, esta pesquisa se insere na batalha e adota a seguinte posição: o fim dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico precisa ser acompanhado da radicalização de posturas antimanicomiais na integralidade da condução das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Não basta acabar com os manicômios como instituição; é preciso combater as lógicas manicomiais que se metamorfoseiam. 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 uma nova ética do cuidado, é possível continuar punindo e aniquilando vidas, mesmo sem manicômios.

RECOMENDAÇÕES

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;
- Fornecer suporte técnico e financeiro para a capacitação de profissionais da RAPS e para as secretarias municipais de saúde, visando ao planejamento e à expansão da RAPS, com o objetivo de assegurar o acesso aos serviços de saúde mental de base territorial e comunitária, com especial ênfase na implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), essenciais para o processo de desinstitucionalização de todas as pessoas internadas nos ECTPs que necessitarem;
- Induzir o fortalecimento das políticas voltadas ao acolhimento de usuários 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 a consolidação e a implementação da PNAISP, em todos os municípios sedes de unidades prisionais, 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;
- Ampliar o apoio e a habilitação das EAPs.

Aos Poderes Executivos estadual e municipal: saúde, assistência social e outras políticas pertinentes

- 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, por meio da pactuação entre municípios, para contribuir com o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental egressas dos ECTPs;
- Implantar as EAPs ou equipes conectoras nos estados onde ainda não foram implementadas, vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde, com o objetivo de realizar o matriciamento da rede e o encaminhamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei aos serviços da RAPS, bem como subsidiar e acompanhar os incidentes de insanidade instaurados;
- 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 melhorar 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 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 direcionamento da verba voltado para os serviços da RAPS;
- Estabelecer 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;
- Promover levantamento sobre a situação documental de todas as pessoas institucionalizadas nos ECTPs, a fim de regularizar as situações que demandam intervenções específicas.

No que se refere 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 a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, visando superar a noção da periculosidade;
- Estabelecer protocolos e 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, de forma descentralizada, por meio de polos regionais nos estados.

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 e com equipes EAP, onde houver;
- Designar equipe multidisciplinar ou referenciar as equipes do Serviço APEC (quando houver) nas audiências de custódia de modo a garantir 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 de asilo;
- Zelar para que não haja determinação de monitoramento eletrônico a pessoas desinternadas, tendo em vista seu caráter punitivo e dissociado das diretrizes do cuidado em saúde mental;
- Reorientar o conteúdo da decisão de desinternação, eliminando a imposição das condições do livramento condicional e adotando a perspectiva 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 impostas na decisão de desinternação, assegurando que o tratamento seja devidamente fornecido 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 a hospitais psiquiátricos ou a outras instituições com características de asilo, como clínicas ou comunidades terapêuticas;
- Participar de iniciativas de formação e capacitação para profissionais do sistema de justiça, visando orientá-los sobre a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e sobre a política de saúde voltada para usuários de drogas;
- Promover o cumprimento rigoroso dos termos da Resolução CNJ n. 487/2023, observando os prazos previstos nos atos de interdição parcial e total dos ECTPs.

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;
- Realizar interlocução 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 profissionais da rede de saúde, das equipes multiprofissionais ou da EAP, para além do peritos médico-legais, diversificando as fontes que subsidiam suas decisões;
- Promover capacitações na Defensoria Pública juntamente com a OAB sobre a medida de segurança e a Política Antimanicomial do Poder Judiciário para fortalecer os mecanismos de defesa para os usuários;
- Promover capacitações no Ministério Público sobre a medida de segurança e a Política Antimanicomial do Poder Judiciário;
- Elaborar protocolos institucionais para a atuação da Defensoria Pública e do Ministério Público em conformidade com a política antimanicomial à luz da normativa vigente.

REFERÊNCIAS

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.

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.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 23 agosto 2024.

CNJ, CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Justiça em números 2023. Conselho Nacional de Justiça. Brasília: CNJ, 2023a. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/08/justica-em-numeros-2023.pdf>. Acesso em: 23 agosto 2024.

DINIZ, D. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

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 [Online]*, n. 21, ago.-dez. 2017, p. 1-17.

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. 01, art. 15, p. 327-353, jan. 2021.

