



MESTRADO EM DIREITO, GOVERNANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS

ADRIANA TEIXEIRA BORBA SANTANA

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UM ESTUDO
BASEADO NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE
SALVADOR, BAHIA**

Salvador
2021

ADRIANA TEIXEIRA BORBA SANTANA

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UM ESTUDO
BASEADO NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE
SALVADOR, BAHIA**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Direito,
Governança e Políticas Públicas da UNIFACS
Universidade Salvador - Laureate International
Universities, como requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia Regina de Oliveira
Vaz Torres.

Salvador
2021

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNIFACS
Universidade Salvador, Laureate International Universities.

Santana, Adriana Teixeira Borba

Desinstitucionalização e reabilitação psicossocial: um estudo baseado no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico de Salvador, Bahia. / Adriana Teixeira Borba Santana. – Salvador: UNIFACS, 2021.

128 f. il.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas, Curso de Mestrado em Direito, Governança e Políticas Públicas da UNIFACS Universidade Salvador, Laureate International Universities, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres.

1. Direito. 2. Desinstitucionalização. 3. Saude mental. 4. Reabilitação psicossocial. I. Torres, Cláudia Regina de Oliveira Vaz, orient. II. Título.

CDD: 341.2722

ADRIANA TEIXEIRA BORBA SANTANA

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UM ESTUDO BASEADO NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE SALVADOR, BAHIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas da UNIFACS Universidade Salvador – Laureate International Universities, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre e aprovada pela seguinte banca examinadora:

Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres – Orientadora _____
Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia - UFBA
UNIFACS Universidade Salvador – Laureate International Universities

Gustavo Nunes Oliveira Costa _____
Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia - UFBA
UNIFACS Universidade Salvador – Laureate International Universities

Lívia da Silva Modesto Rodrigues _____
Pós-Doutora em Estudos Interdisciplinares sobre Políticas Públicas Promotoras de Igualdades pela Universidade Portucalense, UPT, Portugal.
Universidade do Estado da Bahia – UNEB

Salvador, em 29 de março de 2021.

Dedico este trabalho à minha família,
fonte permanente de inspiração,
renovação e amor.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Salvador UNIFACS, especialmente à coordenação, professores e funcionários do Programa de Mestrado em Direito, Governança e Políticas Públicas, pelo ambiente acolhedor, estimulante e propício para o aprofundamento dos estudos acadêmicos.

À minha estimada orientadora, Prof^a. Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres, pela acessibilidade e valiosas considerações, que refletiram no aprimoramento deste trabalho.

Aos membros da banca examinadora, Prof^a. Livia da Silva Modesto Rodrigues e Prof. Gustavo Nunes Oliveira Costa, que tão gentilmente aceitaram colaborar com esta dissertação.

À minha família por todo apoio e amor.

O fato de os loucos terem sido envolvidos na grande proscricção da ociosidade não é indiferente. Desde o começo eles terão seu lugar ao lado dos pobres, bons ou maus, e dos ociosos, voluntários ou não. Como estes, serão submetidos às regras do trabalho obrigatório; e mais de uma vez aconteceu de retirarem eles sua singular figura dessa coacção uniforme. Nos ateliês em que eram confundidos com os outros, distinguiram-se por si sós através de sua incapacidade para o trabalho e incapacidade de seguir os ritmos da vida coletiva. A necessidade de conferir aos alienados um regime especial, descoberta no século XVIII, e a grande crise da internacção que precede de pouco à Revoluçao estão ligadas à experiênciada loucura que se pôde ter com a obrigaçao geral do trabalho. (FOUCAULT, 2017a, p. 73).

RESUMO

Tem-se a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial como partes de um grande processo de transformação social. Nesse sentido, e motivada pelo desejo de conhecer e de aprofundar o conhecimento nessa área de estudo, foi eleito como tema a 'Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial: um estudo baseado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador, Bahia'. Tema do qual derivou, como problema de pesquisa, a pergunta 'Qual a análise que se pode fazer do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, tomando como referência o HCTP de Salvador, Bahia?' e, como objetivo geral, a necessidade de 'analisar a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial, tendo como referência o HCTP, de Salvador/Bahia'. No que tange à metodologia, desenvolveu-se pesquisa qualitativa – que partiu da análise bibliográfica e documental (levantamento realizado com base nas palavras chaves e análise do conteúdo), com vistas a identificar os pontos falhos da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial capazes de colocar em xeque o êxito do processo – e aplicada – que, como produto oriundo da pesquisa, gerou um informativo, no qual consta quadro com os endereços e telefones dos CAPS de Salvador, além de orientações para, em havendo necessidade, facilitar o contato com a Defensoria Pública do Estado, com o Ministério Público e o Disque Direitos Humanos. Como resultado, o estudo evidenciou que o sentido mais amplo da desinstitucionalização ainda não foi alcançado; que o rompimento dos vínculos sociais continua sendo um problema e as vagas na rede extra-hospitalar de saúde são insuficientes; que algumas falhas da reforma psiquiátrica italiana estão se repetindo no Brasil; que a contratação de terceirizados desestimula a criação de laços de confiança e podem impactar na não-continuidade do tratamento; que há de se considerar que os relatos das dificuldades enfrentadas pelas famílias dos pacientes possam servir para redirecionar as políticas públicas de saúde; que os pacientes crônicos requerem um tratamento ainda mais diferenciado e uma vigilância constante.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Reabilitação psicossocial; HCTP; Lei Antimanicomial; Pessoas acometidas de transtorno mental; RAPS; CAPS.

ABSTRACT

There is deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation as part of a great process of social transformation. In this sense, and motivated by the desire to know and deepen knowledge in this area of study, the theme was chosen as 'Deinstitutionalization and Psychosocial Rehabilitation: a study based on the Hospital of Custody and Psychiatric Treatment of Salvador, Bahia'. The theme from which the question 'What can be made of the process of deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation, taking as reference the HCTP of Salvador, Bahia?' and, as a general objective, the need to 'analyze deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation, having as reference the HCTP, from Salvador/Bahia'. With regard to the methodology, a qualitative research was developed – which started from the bibliographic and documentary analysis (survey based on key words and content analysis), with a view to identifying the flawed points of deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation capable of astolling the success of the process – and applied – which, as a product from the research, generated a newsletter, which contains a table with the addresses and telephone numbers of the CAPS of Salvador, in addition to guidelines to facilitate contact with the State Public Defender's Office, the Public Prosecutor's Office and the Human Rights Dial. As a result, the study showed that the broader meaning of deinstitutionalization has not yet been achieved; whereas the disruption of social ties remains a problem and vacancies in the extra-hospital health network are insufficient; that some failures of the Italian psychiatric reform are repeating themselves in Brazil; whereas the hiring of outsourced workers discourages the creation of bonds of trust and can impact the non-continuity of treatment; whereas it should be considered that the reports of the difficulties faced by the patients' families can serve to redirect public health policies; chronic patients require even more differentiated treatment and constant vigilance.

Keywords: Deinstitutionalization; Psychosocial rehabilitation; HCTP; Anti-manicomial law; People affected by mental disorders; RAPS; CAPS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Crimes tentados e/ou consumados no Estado da Bahia (intervalo de 2005 a 2019)	72
Tabela 2 – Movimentação no HCTP de Salvador/BA entre os anos de 2014 e 2019	88
Tabela 3 – Frequência de visitas aos custodiados do HCTP de Salvador no período de 2014 a 2019	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fonte de pesquisa que subsidiou o Capítulo 2.....	16
Quadro 2 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 2.1.....	17
Quadro 3 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 2.2.....	18
Quadro 4 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 2.3.....	20
Quadro 5 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 2.4.....	20
Quadro 6 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 2.5.....	22
Quadro 7 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o Capítulo 3.....	23
Quadro 8 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 3.1.....	24
Quadro 9 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 3.2.....	25
Quadro 10 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 3.3.....	25
Quadro 11 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 3.4.....	26
Quadro 12 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o Capítulo 4.....	27
Quadro 13 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 4.1.....	28
Quadro 14 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 4.2.....	29
Quadro 15 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 4.3.....	29
Quadro 16 – Núcleos Regionais de Saúde do Estado da Bahia.....	46
Quadro 17 – Classificação dos hospitais pela quantidade de leitos e a indicação das quantidades mínimas e máximas de leitos para reduzir ao ano.....	50
Quadro 18 – Síntese de estudos sobre a relação entre doença mental e comportamento violento.....	68
Quadro 19 – Quantidade de pacientes internados no HCTP de Salvador/BA, subdivididos em situação, tipo de injustos penais praticados, patologias clínicas, tempo de internação, reincidências e motivos das altas (intervalo de 2012 a 2014).96	
Quadro 20 – Quantidade de trabalhadores (efetivos, comissionados, terceirizados e temporários) alocados no HCTP de Salvador/BA (intervalo de 2014 a 2019).....	100
Quadro 21 – Quantidade de consultas, exames, intervenções cirúrgicas, vacinas, procedimentos outros, agravos transmissíveis e óbitos no HCTP de Salvador/BA (2014 a 2019).....	102
Quadro 22 – Expansão da Rede CAPS no município de Salvador.....	104
Quadro 23 – Quantidade de pacientes, do HCTP de Salvador/BA, sujeitos a medida de internação e a tratamento ambulatorial (intervalo de 2005 a 2019).....	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BVSMS	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite-Ba
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária
CP	Código Penal
CVV	Centro de Valorização da Vida
DEPEN	Departamento Penitenciário
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual</i> , ou Manual de Diagnóstico e Estatística
EC	Emenda Constitucional
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
GM	Gabinete do Ministro
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IBCCRIM	Instituto Brasileiro de Ciências Criminais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICD	<i>International Classification of Diseases</i> (Classificação Internacional de Doenças)
INFOPEN	Informações Penitenciárias
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAI	Programa de Assistência Integrada
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar

PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i> (Biblioteca Eletrônica Científica Online)
SCNES	Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SEAP	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização
SISDEPEN	Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
UA	Unidades de Acolhimento
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA INTERPRETAÇÃO DOS INSTITUTOS	32
2.1	BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO TRANSTORNO MENTAL.....	36
2.2	O PLANO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA BAHIA.....	41
2.3	O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	49
2.4	A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	52
2.5	O ART. 5º DA LEI NACIONAL Nº 10.216/2001	55
3	A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL. 61	
3.1	A PERICULOSIDADE COMO JUSTIFICATIVA PARA A EXCLUSÃO	64
3.2	A CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS PELA OMS.....	74
3.3	O INJUSTO PENAL E A MEDIDA DE SEGURANÇA.....	76
3.4	A DESCONSTRUÇÃO QUE ANTECEDE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	79
4	UMA ANÁLISE DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL TOMANDO COMO REFERÊNCIA O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE SALVADOR/BA	84
4.1	A ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DOS FUNCIONÁRIOS DO HCTP DE SALVADOR QUANTO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	91
4.2	EVOLUÇÃO DO QUADRO DE SERVIDORES DO HCTP DE SALVADOR NO DECORRER DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	100
4.3	A DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SALVADOR/BA E SOBRE A QUANTIDADE DE PACIENTES AINDA EM INTERNAÇÃO NO HCTP DE SALVADOR	104
5	POR UMA MAIOR DIVULGAÇÃO DAS QUESTÕES CENTRAIS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UM OBJETIVO DO INFORMATIVO	108
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
	REFERÊNCIAS.....	114

1 INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica – na qualidade de movimento que envolve diferentes atores sociais e uma necessária mudança de cultura – faz jus a amplas e constantes discussões. Diz-se isso porque a Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a), ao instituir normas de caráter geral, acabou impondo, em um sentido de fora para dentro, novas regras de comportamento social.

E, uma vez que tais normas exigiram que a sociedade passasse a conviver, respeitar e colaborar com os indivíduos portadores de transtornos mentais, era esperado que adaptações se fizessem necessárias, face ao desenrolar do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial – adaptações capazes de minimizar as dificuldades encontradas pela família, especialmente nos momentos de crise do paciente; de maximizar o preparo do Estado para atender, acompanhar e cuidar do indivíduo em sofrimento mental; de fomentar a conscientização da sociedade e de facilitar a ambientação do próprio paciente.

Com foco em tal contexto, o presente estudo se predispôs a analisar como a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial foram vivenciadas por pacientes que, acometidos de transtorno mental, praticaram o injusto penal e cumpriam medida de internação no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – local para onde eram levados os indivíduos sujeitos a medida de internação e também aqueles que, por determinação judicial, acabavam submetidos a perícia, custódia e tratamento.

Para tanto, adotou-se o tema Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial: um estudo baseado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador, Bahia – que, desenvolvido através de análise bibliográfica, documental e de conteúdo, se voltou para a seguinte pergunta ‘Qual análise é possível fazer do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, tomando como referência o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador, Bahia?’.

A realização deste estudo, por sua vez, se justifica no fato de que o Plano de Desinstitucionalização da Bahia foi aprovado em agosto/2019 e, de lá para cá, não houve tempo hábil para julgar o êxito do processo no Estado – inclusive quanto a se os pacientes (indivíduos acometidos de transtorno mental) passaram a ser tratados de forma mais humana e com seus direitos sociais assegurados.

Além disso, a Lei de Reforma Psiquiátrica brasileira completará, em agosto/2021, vinte anos de vigência e, conforme o art. 6º, *caput*, da Resolução nº 4 do Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária (CNPCCP) (BRASIL 2010), o Poder Executivo deveria ter concluído, até 2 de agosto de 2020, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial – o que, de fato, não aconteceu.

Como objetivo geral, elegeu-se analisar a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial tendo como referência o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, de Salvador/Bahia. Para tanto, despontaram como objetivos específicos: interpretar os conceitos da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial e a forma com que tais institutos foram tratados no art. 5º da Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a); examinar a construção social da loucura e o processo de desinstitucionalização; analisar as percepções dos funcionários (do HCTP de Salvador) quanto a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial e a evolução do quadro de servidores do HCTP de Salvador no decorrer desse processo; e desenvolver, com base nos levantamentos realizados, um informativo voltado para reforçar as questões centrais da desinstitucionalização.

Quanto à metodologia, desenvolveu-se fundamentalmente uma pesquisa qualitativa – que partiu da análise bibliográfica, da análise documental e da análise de conteúdo, com vistas a identificar pontos falhos da desinstitucionalização, capazes de colocar em xeque o êxito do processo – e aplicada – de modo que os conhecimentos advindos da mesma resultaram na elaboração de um informativo, voltado para esclarecer e orientar o indivíduo em sofrimento mental, seus familiares e a sociedade em geral.

Saliente-se que – quando da consulta a jornais eletrônicos, repositórios das universidades, sítios eletrônicos oficiais de departamentos e órgãos federais, estaduais e municipais e livros técnicos – foram utilizados descritores tais quais: desinstitucionalização, HCTP, reforma psiquiátrica, reabilitação psicossocial, pessoas portadoras de transtorno mental, CAPS, RAPS.

Nesse sentido, o Quadro 1, a seguir, ilustra a principal fonte de pesquisa bibliográfica que embasou o desenvolvimento do Capítulo 2 deste estudo:

Quadro 1 – Fonte de pesquisa que subsidiou o Capítulo 2

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRITOR
CAPÍTULO 2		
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA INTERPRETAÇÃO DOS INSTITUTOS		
1	AMARANTE, Paulo, (coord.). Loucos pela vida : a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.	Reconstrução democrática
2	SANTOS, Marcelo Justus dos; KASSOUF, Ana Lúcia. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. Economia Aplicada , Ribeirão Preto, SP, v. 11, n. 1, p. 5-26, jan./mar. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-80502007000100001&script=sci_arttext . Acesso em: 1 Mar. 2020.	Transtorno mental na economia
3	PESSOTO, Umberto Catarino; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck; GUIMARÃES, Raul Borges. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. Saúde e Sociedade , São Paulo, v. 24, n. 1, p. 9-22, jan./mar., 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100009&lng=pt&lng=pt . Acesso em: 21 fev. 2021.	Indústria da saúde

Fonte: A autora desta dissertação (2021).

No referido Capítulo 2, abordou-se que a regulação do comportamento social tem um aspecto positivo – quando busca favorecer o convívio entre os desiguais – e tem um aspecto negativo – quando se vale do Direito para praticar a seletividade e o etiquetamento.

Fundamentou-se que, diferentemente do que se entende por moral (conjunto de valores e normas que refletem o foro íntimo de um indivíduo), o Direito se vale de preceitos através dos quais tipifica condutas e estabelece sanções. E, nesse contexto, o portador de transtorno mental – ao lado de todos aqueles considerados indesejáveis para o convívio – foi não só segregado como maltratado e desconsiderado na sua qualidade de ator social.

Para o desenvolvimento do Capítulo, em comento, fez-se referência a Ernesto Venturini (Diretor de Saúde Mental de Ímola/Itália) quando do prefácio à primeira edição da obra *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. (AMARANTE, 1995).

O Quadro 2, por sua vez, enumera, por ordem de ano, as fontes de pesquisa, bibliográfica e documental, que serviram de embasamento para o subcapítulo 2.1 deste estudo:

Quadro 2 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 2.1

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRITOR
SUBCAPÍTULO 2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO TRANSTORNO MENTAL		
1	ITÁLIA. Lei 180 de 13 de maio de 1978 . Institui controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios. Disponível em: http://www.abrasme.org.br/resources/download/1359320456_ARQUIVO_Lei_180_de_13_de_Maio_de_1978.pdf . Acesso em: 29 jul. 2019.	Reforma Psiquiátrica
2	ASSIS, Machado de. O alienista . Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bv000231.pdf . Acesso em: 1 mar. 2020.	Loucos e Não-loucos
3	AMARANTE, Paulo (coord.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil . 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.	Representante de risco
4	BRASIL. Lei 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, 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm . Acesso em: 29 jul. 2019.	Transtornos mentais
5	ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História, Ciências, Saúde-Manguinhos , Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set./dez.2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702005000300018&script=sci_arttext . Acesso em: 1 mar. 2020.	Hospício
6	BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil . Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF. 2005a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf . Acesso em: 1 mar. 2020.	Saúde mental
7	MACEDO, Camila Freire. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. Jus Navigandi , Teresina, v. 10, n. 1017, 2006. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/8246/a-evolucao-das-politicas-de-saude-mental-e-da-legislacao-psiquiatica-no-brasil . Acesso em: 1 dez. 2020.	Alienados
8	MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luísa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas , Ribeirão Preto, SP, v. 4, n. 2, p. 1-19, 2008. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38679/41526 >. Acesso em: 21 jun. 2020.	Loucura
9	BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária. Resolução nº 6 de 29 de junho de 2012 . Padroniza os métodos a serem utilizados para se aferir o valor do custo mensal do preso em cada unidade da Federação. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: https://www.gov.br/depen/pt-br/composicao/cnppc/resolucoes/2012 . Acesso em: 1 dez. 2020.	Custo do preso
10	MENEZES, José Euclimar Xavier de. Médicos e loucos no microscópio de Foucault . Curitiba: CRV, 2016.	A loucura em construção
11	FOUCAULT, Michel. História da loucura: na idade clássica . 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 2017a.	Louco
12	FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder . 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017b.	Nascimento do Hospital

Fonte: A autora desta dissertação (2021).

No subcapítulo 2.1, partiu-se para contextualizar o transtorno mental: sua origem associada a uma espécie de privilégio que possibilitava acessar a vontade dos deuses; seu desenrolar associado a um total negativismo simbólico e, mais atualmente, o seu reconhecimento como doença. E, na esteira desse entendimento, o uso de psicofármacos voltados para tratar sem alienar e sem retirar a capacidade do indivíduo para o trabalho.

Também foi objeto do subcapítulo 2.1 a influência que a reforma italiana exerceu sobre o Brasil: a luta por um tratamento mais humano, digno e respeitoso para os portadores de transtorno mental e o Movimento dos Trabalhadores em saúde Mental (MTSM) – que culminou no Protejo de Lei nº 3.657 (BRASIL, 1989) e

em sua conversão na Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a) (Lei de Reforma Psiquiátrica Brasileira).

O Quadro 3, abaixo, enumera, por ordem de ano, as fontes de pesquisa que serviram de embasamento para o subcapítulo 2.2 deste estudo:

Quadro 3 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 2.2

(continua)

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRITOR
SUBCAPÍTULO 2.2 O PLANO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA BAHIA		
1	BRASIL. Lei 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, 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm . Acesso em: 29 jul. 2019.	Transtornos mentais
2	BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 6.013 de 21 de dezembro de 2001 . Acrescenta dispositivos à Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001b. Disponível em: http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD27MAR2002.pdf#page=184 . Acesso em: 1 dez. 2020.	Transtorno mental
3	BRASIL. Lei 10.708 de 31 de julho de 2003 . Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF, 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm . Acesso em: 29 jul. 2019.)	Auxílio-reabilitação
4	BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária. Resolução nº 5 de 4 de maio de 2004 . Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnppc/resolucoes/2004/resolucao05de04demaiode2004.pdf . Acesso em: 29 jul. 2019.	Medida de Segurança
5	BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil . Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF, 2005a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf . Acesso em: 1 mar. 2020.	Saúde mental
6	BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária. Resolução nº 4 de 30 de julho de 2010 . Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnppc/resolucoes/2010/resolucao04de30dejulhode2010.pdf . Acesso em: 29 jul. 2019.	Medida de Segurança
7	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 . Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html . Acesso em: 27 mai. 2020.	RAPS
8	BAHIA. Decreto nº 14.457 de 3 de maio de 2013 . Aprova a Política Estadual de Atenção Básica. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_DECRETO_N14457_03MAIO2013.pdf . Acesso em: 1 dez. 2020.	SUS
9	BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1 de 2 de janeiro de 2014 . Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html . Acesso em: 1 dez. 2020	PNAISP
10	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014 . Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, DF, 2014d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html . Acesso em: 27 mai. 2020.	Desinstitucionalização

Quadro 3 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 2.2

(conclusão)

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRIPTOR
SUBCAPÍTULO 2.2 O PLANO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA BAHIA		
11	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html Acesso em: 1 dez. 2020.	SUS
12	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html . Acesso em: 27 mai. 2020.	RAPS
13	BAHIA. Plano de desinstitucionalização da Bahia. Salvador, 2018a. Disponível em: https://www.portalsaudenoar.com.br/wp-content/uploads/2019/08/Plano-de-Desinsti_Documento-Final_RevCarla-Liana07jan2019-1.pdf . Acesso em: 1 mar. 2020.	Desinstitucionalização
14	BAHIA. Resolução CIB nº 139 de 28 de maio de 2018. Aprova o Plano de Desinstitucionalização na Bahia, no âmbito da saúde mental, e define seus eixos de atuação para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no território baiano. Salvador, 2018b. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2018/RES_CIB_139_2018.pdf . Acesso em: 29 jul. 2019.	Desinstitucionalização
15	BAHIA. Secretaria da Saúde. Portaria nº 352, de 13 de agosto de 2019. Aprova o Plano de Desinstitucionalização da Bahia. Salvador, 2019. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/2019/08/21/publicada-portaria-que-aprova-o-plano-de-desinstitucionalizacao-da-bahia/ . Acesso em: 19 ago. 2020.	Desinstitucionalização

Fonte: A autora desta dissertação (2021).

No subcapítulo 2.2 foi abordado o Plano de Desinstitucionalização na Bahia, aprovado em agosto/2019 através da Portaria nº 352 (BAHIA, 2019), e como o mesmo envolveu uma mudança de paradigma voltado para a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e para a migração para a rede extra-hospitalar de saúde.

Nesse sentido, a Portaria Federal nº 3.088 (BRASIL, 2011b), posteriormente revogada pela Portaria de Consolidação nº 3 (BRASIL, 2017c), que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – de maneira a viabilizar a descentralização na prestação dos serviços – e as Resoluções nº 5 (BRASIL, 2004a) e nº 4 (BRASIL, 2010), ambas do Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária (CNPCCP), que se voltaram para a aplicação da Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a) para os pacientes judiciários.

A seguir, o Quadro 4 elenca, por ordem de ano, as fontes de pesquisa que serviram de embasamento para o subcapítulo 2.3 deste estudo:

Quadro 4 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 2.3

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRITOR
SUBCAPÍTULO 2.3 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO		
1	BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF., 2005a. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf . Acesso em: 1 mar. 2020.	Saúde mental
2	BUENO, Rinaldo Conde. O pensamento de Franco Basaglia e a estrutura da desinstitucionalização na Psiquiatria Democrática Italiana vistos por um brasileiro. 2011 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte: PUC, MG, 2011. Disponível em: http://www1.pucminas.br/documentos/rinaldo_conde.pdf . Acesso em: 1 mar. 2020.	Desinstitucionalização
3	LISBOA, Milena Silva. Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização. 2013, 290 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: https://leto.pucsp.br/bitstream/handle/17023/1/Milena%20Silva%20Lisboa.pdf . Acesso em: 15 jul. 2020.	Institucionalização
4	SADE, Rossana Maria Seabra. Portas abertas: do manicômio ao território - entrevistas triestinas. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. Disponível em: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Brasil/ffc-unesp/20170904061324/pdf_286.pdf . Acesso em: 1 mar. 2020.	Contextualização da loucura ao longo da história

Fonte: A autora desta dissertação (2021).

Buscou-se, no subcapítulo 2.3, apresentar a ótica dos autores a respeito da desinstitucionalização e a importância de tratar o indivíduo antes da cronificação de sua condição psíquica – deslocando, assim, o foco do ato (ilícito penal praticado) para o sujeito (portador do transtorno mental).

Abordou-se, ainda, que os HCTPs, por se tratarem de órgãos da justiça, requerem a articulação entre a saúde e a justiça, de modo a possibilitar que os indivíduos em sofrimento mental sejam tratados através da rede extra-hospitalar de saúde (vinculada ao SUS).

No Quadro 5, tem-se as fontes de pesquisa, bibliográfica e documental, que serviram de embasamento para o subcapítulo 2.4 deste estudo:

Quadro 5 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 2.4

(continua)

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRITOR
SUBCAPÍTULO 2.4 A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL		
1	BRASIL. Decreto-Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Regulamenta o Código Penal. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm . Acesso em: 29 jul. 2019.	Imputabilidade Penal
2	BRASIL. Lei 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, 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm . Acesso em: 29 jul. 2019.	Transtornos mentais

Quadro 5 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 2.4

(conclusão)

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRIPTOR
SUBCAPÍTULO 2.4 A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL		
3	BRASIL. Lei 10.708 de 31 de julho de 2003 . Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF, 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm . Acesso em: 29 jul. 2019.	Auxílio-reabilitação
4	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004 . Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html . Acesso em: 1 mar. 2020.	PNASH
5	BABINSKI, Tatiane; HIRDES, Alice. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. Texto & Contexto-Enfermagem , Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 568-576, dez. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072004000400009&script=sci_arttext&tling=pt . Acesso em: 31 jul. 2020.	Reabilitação Psicossocial
6	JORGE, Maria Salete Bessa <i>et al.</i> Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. Revista Brasileira de Enfermagem , Brasília, v. 59, n. 6, p. 734-9, nov./dez. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000600003&script=sci_arttext . Acesso em: 31 jul. 2020.	Reabilitação Psicossocial
7	SOUZA, Paulo César Zambroni de. Trabalho e transtornos mentais graves: breve histórico e questões contemporâneas. Psicologia: Ciência e Profissão , Brasília, v. 26, n. 1, p. 154-167, 2006 Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000100014 . Acesso em: 1 mar. 2020.	Trabalho para pessoas portadoras de transtorno mental
8	HIRDES, Alice. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. Ciência & Saúde Coletiva , Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100022&script=sci_arttext&tling=pt . Acesso em: 31 jul. 2020.	Reabilitação Psicossocial
9	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012 . Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html . Acesso em: 1 mar. 2020.	Reabilitação Psicossocial
10	NUCCI, Guilherme de Souza. Código Penal comentado . 17. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017.	Medida de Segurança

Fonte: A autora desta dissertação (2021).

O subcapítulo 2.4 trouxe a ótica dos autores a respeito da reabilitação psicossocial – que, instituída pela Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a), foi especialmente relevante para a garantia do exercício da cidadania daqueles portadores de transtorno mental com longo tempo de internação ou já dependentes do sistema hospitalar de saúde.

Fez-se referência, também, à definição de reabilitação, alvo do Código Penal de 1940, e ao fato de que a tecnologia tem transformado o mercado de trabalho e reduzido as oportunidades, inclusive para os indivíduos sem transtorno mental.

E, por fim, o Quadro 6, elencou as fontes de pesquisa, bibliográfica e documental, que serviram de embasamento para o subcapítulo 2.5 deste estudo:

Quadro 6 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 2.5

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRIPTOR
SUBCAPÍTULO 2.5		
O ART. 5º DA LEI NACIONAL Nº 10.216/2001		
1	LASSALE, Ferdinand. A essência da Constituição . 6. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001.	Poder político
2	BRASIL. Lei 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, 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm . Acesso em: 29 jul. 2019.	Transtornos mentais
3	BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária. Resolução nº 5 de 4 de maio de 2004 . Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnppc/resolucoes/2004/resolucao05de04demaiode2004.pdf . Acesso em: 29 jul. 2019	Medida de Segurança
4	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004 . Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html . Acesso em: 1 mar. 2020.	PNASH
5	BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária. Resolução nº 4 de 30 de julho de 2010 . Dispõe sobre as diretrizes nacionais de atenção aos pacientes judiciários e execução da medida de segurança. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnppc/resolucoes/2010/resolucao04de30dejulhode2010.pdf . Acesso em: 29 jul. 2019.	Medida de Segurança
6	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 . Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html . Acesso em: 6 ago. 2011.	SUS
7	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 . Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html . Acesso em: 27 mai. 2020.	RAPS
8	BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 1, de 10 de fevereiro de 2014 . Apóia ações e serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei. Brasília, DF, 2014a. Disponível em: https://www.gov.br/depen/pt-br/composicao/cnppc/resolucoes/2014/resolucao-no-1-de-10-de-fevereiro-de-2014.pdf/view . Acesso em: 1 dez. 2020.	Medidas terapêuticas
9	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014 . Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, DF, 2014d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html . Acesso em: 27 mai. 2020.	Desinstitucionalização
10	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 . Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html . Acesso em: 1 dez. 2020.	SUS
11	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro 2017 . Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html . Acesso em: 27 mai. 2020.	RAPS

Fonte: A autora desta dissertação (2021).

No subcapítulo 2.5, analisou-se a maneira com que os institutos da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial foram tratados no art. 5º da Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a): com a reforma psiquiátrica brasileira fica instituída, como regra, a política de alta planejada e reabilitação psicossocial

assistida – aplicável, também, para os pacientes judiciários, por força da Resolução CNPCP n° 4 (BRASIL, 2010).

Buscou-se, ainda, ressaltar que o apoio da sociedade tem o poder de conferir eficácia à lei e aos seus dispositivos.

Em relação ao Capítulo 3, tem-se no Quadro 7, a seguir, as fontes de pesquisa, bibliográfica e documental, que serviram para o embasamento do mesmo:

Quadro 7 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o Capítulo 3

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRIPTOR
CAPÍTULO 3		
A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL		
1	BRASIL. Decreto-Lei 3.688 de 3 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais. Rio de Janeiro, 1941b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm . Acesso em: 1 dez. 2020.	Mendicância
2	MAÍLLO, Alfonso Serrano; PRADO, Luiz Regis. Curso de criminologia . 2. ed. ref., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.	Etiquetamento.
3	LISBOA, Milena Silva. Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização . 2013, 290 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: https://leto.pucsp.br/bitstream/handle/17023/1/Milena%20Silva%20Lisboa.pdf . Acesso em: 15 jul. 2020.	Institucionalização
4	ZAFFARONI, Eugênio Raúl. O inimigo no direito penal . 3. ed. reimp. Rio de Janeiro: Revan, 2014.	Figura do inimigo do Estado
5	FRASSETO, Flávio Américo; VAY, Giancarlo Silkunas. Encruzilhadas entre o panpunitivismo e a redução da maioria penal. Boletim do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais , São Paulo, n. 271, jun. 2015. Disponível em: https://arquivo.ibccrim.org.br/boletim_artigo/5436-Encruzilhadas-entre-o-panpunitivismo-e-a-reducao-da-maioridade-penal . Acesso em: 1 dez. 2020.	Criminalização primária
6	ROUSSEAU, Jean-Jacques. A origem da desigualdade entre os homens . São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2017.	Controles sociais informais

Fonte: A autora desta dissertação (2021).

Analisou-se, no Capítulo 3, que a institucionalização da loucura se deu como decorrência da sensação de insegurança que se pressupunha emanar do portador de transtorno mental (indivíduo que, pouco compreendido e por vezes agressivo, era entendido como sendo capaz de qualquer feito – o que lhe fez alvo da seletividade perversa do sistema penal). E, aliado a isso, abordou-se que pela teoria do controle social todas as pessoas teriam uma tendência para delinquir – fazendo do controle social informal uma necessidade perpétua e constante.

O Quadro 8 apresenta as fontes de pesquisa, bibliográfica e documental, que serviram de embasamento para o subcapítulo 3.1 deste estudo:

Quadro 8 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 3.1

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRIPTOR
SUBCAPÍTULO 3.1		
A PERICULOSIDADE COMO JUSTIFICATIVA PARA A EXCLUSÃO		
1	BRASIL. Decreto-Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940 . Regulamenta o Código Penal. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm . Acesso em: 29 jul. 2019.	Periculosidade
2	UCHÔA, Darcy de Mendonça; TOLEDO, Luiz Pinto de. O crime no período prodromico da esquizofrenia. Arquivos de Neuro-Psiquiatria , São Paulo, v. 2, n. 1, p. 45-72, jan./mar. 1944. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1944000100004&script=sci_arttext&lng=pt Acesso em: 29 jul. 2019.	Esquizofrenia e violência
3	MARQUES-TEIXEIRA, João. Comportamento criminal: perspectiva biopsicológica . Lisboa: Linda a Velha, 2000.	Transtorno mental e violência
4	BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária. Resolução nº 5 de 4 de maio de 2004 . Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnppc/resolucoes/2004/resolucao05de04demaiode2004.pdf . Acesso em: 29 jul. 2019	Medida de Segurança para os pacientes judiciários
5	BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas . Brasília, DF. 2005a. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf . Acesso em: 1 mar. 2020.	Cessaçãõ da periculosidade como critério para a desinstitucionalizaçãõ
6	VALENÇA, Alexandre Martins; MORAES, Talvane Marins de. Relaçãõ entre homicídio e transtornos mentais. Revista Brasileira de Psiquiatria , São Paulo, v. 28, s. 2, p. 62-68, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000600003&script=sci_arttext . Acesso em: 29 jul. 2019.	Homicídio e transtorno mental
7	BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária. Resolução nº 4 de 30 de julho de 2010 . Dispõe sobre as diretrizes nacionais de atençãõ aos pacientes judiciários e execuçãõ da medida de segurança. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnppc/resolucoes/2010/resolucao04de30dejulhode2010.pdf . Acesso em: 29 jul. 2019.	Medida de Segurança para os pacientes judiciários
8	COVELLI, José Luis. La peligrosidad: su evaluaci3n y desarrollo hipot3tico em los grupos sociales excluidos . Ciudadela: Dosyuna Ediciones Argentinas, 2010.	<i>Peligrosidad</i>
9	CETOLIN, Simone Kelly. Representações sociais da loucura: um estudo com profissionais do Hospital de Cust3dia e Tratamento da Bahia – HCT/BA . 2011, 135 f. Dissertaçãõ (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. Disponível em: https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/simone_cetolin.pdf . Acesso em: 29 mai. 2020.	Periculosidade
10	DELMANTO, Celso <i>et al</i> . C3digo Penal comentado . 9. ed. rev., atual. e ampl. S3o Paulo: Saraiva, 2016.	Periculosidade
11	NUCCI, Guilherme de Souza. C3digo Penal comentado . 17. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017.	Periculosidade
12	S3O PAULO. Tribunal de Justiça. Processo nº 1000644-67.2018.8.26.0333 . Comarca de Macatuba – Vara: Cível – Apelante: Dalva Luiza Paresqui Dias – Apelado: Estado de S3o Paulo. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/processos/200531911/processo-n-1000644-6720188260333-do-tj-sp . Acesso em: 1 dez. 2020.	Les3o corporal de natureza gravíssima produzida por pessoa portadora de doençã psiquiátrica grave
13	PARANÁ. Tribunal de Justiça do Paran3. Processo nº 0000015-57.2019.8.16.0009 . Comarca de Curitiba. Vara de Execuçãõ de Penas de Réus ou Vítimas Femininas e de Medidas de Segurançã de Curitiba Requerente: Elias Cezar. Requerido: Minist3rio P3blico do Estado do Paran3. Relator: Desembargador Fernando Wolff Bodziak. Curitiba, 14 maio 2019. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/processos/217055225/processo-n-0000015-5720198160009-do-tj-pr . Acesso em: 1 dez. 2020.	Estupro praticado por pessoa portadora de doençã psiquiátrica grave

Fonte: A autora desta dissertaçãõ (2021).

Abordou-se, no subcapítulo 3.1, o quanto a periculosidade est3 atrelada à condiçãõ de inimputabilidade e/ou semi-imputabilidade do portador de transtorno mental – periculosidade que, inclusive, prescinde, da pr3tica de qualquer ilícito penal – e o fato de que, com a Resoluçãõ CNPCP nº 4 (BRASIL, 2010), fica instituída a cessaçãõ da periculosidade na qualidade de crit3rio para a desinstitucionalizaçãõ.

Analizou-se, tamb3m, o fato de estudos anteriores sinalizarem a associaçãõ entre o transtorno mental e o comportamento violento.

No Quadro 9, tem-se elencado as fontes de pesquisa documentais, que serviram de embasamento para o subcapítulo 3.2 deste estudo:

Quadro 9 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 3.2

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRIPTOR
SUBCAPÍTULO 3.2		
A CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS PELA OMS		
1	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf . Acesso em: 3 jan.2021.	Métodos de diagnosticar as perturbações mentais
2	MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. American Psychiatric Association 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Ebook.	Classificação dos transtornos mentais

Fonte: A autora desta dissertação (2021).

Destinou-se o subcapítulo 3.2 para a apresentação dos transtornos mentais, conforme a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o critério adotado pela versão 10 (dez) da *Classificação Internacional de Doenças (CID)*, posteriormente denominada de *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*.

O Quadro 10 apresentou as fontes de pesquisa que serviram de embasamento para o subcapítulo 3.3 deste estudo:

Quadro 10 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 3.3

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRIPTOR
SUBCAPÍTULO 3.3		
O INJUSTO PENAL E A MEDIDA DE SEGURANÇA		
1	BRASIL. Decreto-Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940 . Regulamenta o Código Penal. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm . Acesso em: 29 jul. 2019.	O elemento culpabilidade e suas excludentes
2	BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 . Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 29 jul. 2019.	A inimizabilidade
3	BRASIL. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 . Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm . Acesso em: 1 dez. 2020.	A inimizabilidade
4	BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Habeas Corpus 250.717 São Paulo. Relator: Ministra Laurita Vaz. Brasília, 9 de agosto de 2012d. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=MON&sequencial=23790463&num_registro=201201636283&data=20120815&tipo=0 . Acesso em: 29 jul. 2019.	Tempo de internação
5	PACIENTE judiciário tem medida de segurança extinta após atuação da DPE. Defensoria Pública da Bahia . Salvador, 13 dez. 2016. Disponível em: https://www.defensoria.ba.def.br/noticias/paciente-judiciario-tem-medida-de-seguranca-extinta-apos-atuacao-da-dpe/ Acesso em: 2 fev. 2021.	Tempo de internação
6	DELMANTO, Celso <i>et al.</i> Código Penal comentado . 9. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2016.	Medida de Segurança
7	NUCCI, Guilherme de Souza. Código Penal comentado . 17. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017.	Elementos do crime
8	BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus 107.432 Rio Grande do Sul, Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Brasília, 24 maio 2011d. Disponível em: http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1223082 . Acesso em: 29 jul. 2019.	Tempo de internação

Fonte: A autora desta dissertação (2021).

Abordou-se, no subcapítulo 3.3, que, tecnicamente, o portador de transtorno mental não comete crime (entendido crime como sendo todo fato típico, ilícito e culpável), mas pratica o ilícito penal (que, diferentemente do crime, não tem o elemento da culpabilidade). E que, como decorrência de tal prática, acaba submetido ao cumprimento de uma medida de segurança – que pode ser da espécie internação ou tratamento ambulatorial.

No Quadro 11 estão as fontes de pesquisa que serviram de embasamento para o subcapítulo 3.4 deste estudo:

Quadro 11 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 3.4

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRIPTOR
SUBCAPÍTULO 3.4		
A DESCONSTRUÇÃO QUE ANTECEDE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO		
1	SADIGURSKY, Dora; TAVARES, José Lucimar. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. Revista Latino-Americana de Enfermagem , Ribeirão Preto, SP, v. 6, n. 2, p. 23-27, apr. 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n2/13904.pdf . Acesso em: 1 mar. 2020.	Falhas na desinstitucionalização italiana
2	IDOSA é morta a 50 facadas pela filha doente mental na Região de Venda Nova. Estado de Minas Gerais . [Belo Horizonte]. 10 out. 2013. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2013/10/10/interna_gerais,458463/idosa-e-morta-a-50-facadas-pela-filha-doente-mental-na-regiao-de-venda-nova.shtml . Acesso em: 2 fev. 2021.	Transtorno mental e violência
3	MÃE mantém filho doente amarrado para não ser agredida. Rádio FM Uirapuru . Passo Fundo, RS. 25 jun. 2015. Disponível em: https://rduirapuru.com.br/saude/mae-mantem-filho-doente-amarrado-para-nao-ser-agredida/ . Acesso em: 2 fev. 2021.	Transtorno mental e violência
4	FAMILIARES de rapaz com deficiência mental grave, negam omissão e pedem ajuda para tratamento. Diário Corumbaense . Corumbá. 5 jul. 2018. Disponível em: https://diarionline.com.br/?s=noticia&id=103514 . Acesso em: 2 fev. 2021.	Transtorno mental e violência
5	SEM CONSEGUIR vaga em hospital, mãe dopa e amarra filho que tentou se matar. UOL Notícias . São Paulo, 6 out. 2019. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2019/10/06/mae-dopa-e-amarra-filho-por-nao-conseguir-vaga-em-hospital-psiquiatico.htm . Acesso em: 2 fev. 2021.	Transtorno mental e violência

Fonte: A autora desta dissertação (2021).

No subcapítulo 3.4 foi analisado que o êxito da desinstitucionalização perpassa pela desconstrução de que o portador do transtorno mental é necessariamente perigoso. Em contraponto, analisou-se as falhas que, apontadas pelos autores Dora Sadigursky e José Lucimar Tavares (1998), colocam em xeque a reforma psiquiátrica italiana e devem servir de alerta para o Brasil.

No Quadro 12, por sua vez, estão as fontes de pesquisa que serviram de embasamento para o Capítulo 4 deste estudo:

Quadro 12 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o Capítulo 4

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRIPTOR
CAPÍTULO 4		
UMA ANÁLISE DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL TOMANDO COMO REFERÊNCIA O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE SALVADOR/BA		
1	BAHIA. Lei nº 6.074 de 22 maio 1991 . Salvador, 1991. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual e dá outras providências. Disponível em: https://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/85731/lei-6074-91 . Acesso em: 2 fev. 2019.	Denominação Hospital de Custódia
2	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011 . Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011c Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html . Acesso em: 19 ago. 2020.	SRT
3	BAHIA. Tribunal de Justiça. Provimento CGJ nº 3 de 23 de abril de 2015 . Dispõe sobre o cumprimento de alvarás de soltura no âmbito do Estado da Bahia. Relator: Desembargador Olegário Monção Caldas. Salvador, 2015. Disponível em: http://www7.tj.ba.gov.br/secao/lerPublicacao.wsp?tmp.mostrarDiv=sim&tmp.id=17353&tmp.secao=23 . Acesso em: 19 ago. 2020.	Alvará de soltura
4	BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução 251, de 4 de setembro de 2018 . Institui e regulamenta o Banco Nacional de Monitoramento de Prisões – BNMP 2.0, para o registro de mandados de prisão e de outros documentos, nos termos do art. 289-A do CPP, acrescentado pela Lei n. 12.403, de 4 de maio de 2011, e dá outras providências. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2666 - Acesso em: 19 ago. 2020.	Ordem de desinternação
5	TORRES, Cláudia Regina de Vaz <i>et al.</i> Hospital de Custódia e Tratamento: clínica e pesquisa em contexto de privação de liberdade. Revista Brasileira de Ciências Criminais , n. 144, p. 377-396, 2018.	O papel das oficinas no contexto da desinstitucionalização
6	TORRES, Cláudia Regina de Vaz; FONSECA, Luís Antônio Nascimento. Ações de desinstitucionalização do Hospital de Custódia e Tratamento. Revista Diálogos Possíveis, Salvador , v. 19, n. 2, jul/dez. 2020. Disponível em: http://revistas.unisba.edu.br/index.php/dialogospossiveis/article/view/648/497 . Acesso em: 14 jan. 2021	Reinserção social
7	BAHIA. Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização. Hospital de Custódia e Tratamento: desinstitucionalização . Salvador, [2020]. 39 slides.	Destino dos pacientes em internação
8	BAHIA. Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização. Unidades Prisionais . Salvador, [2020]. Disponível em: http://www.seap.ba.gov.br/pt-br/unidades . Acesso em: 2 fev. 2021.	HCTP de Salvador

Fonte: A autora desta dissertação (2021).

No Capítulo 4, partiu-se para analisar mais detidamente o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, tomando como base o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador/BA. Procedeu-se ao levantamento e posterior análise da evolução da quantidade de pacientes em internação, da frequência de visitas recebidas (evidenciando a retomada dos vínculos sociais) e da quantidade de pacientes desospitalizados.

Para o desenvolvimento desse Capítulo, fez-se referência também aos autores Aicil Franco (2018), Cláudia Regina Torres (2018, 2020), Leila Tardivo (2018), Luís Antônio Fonseca (2020) e Paloma Gisele Araújo (2018).

O Quadro 13 apresenta as fontes de pesquisa que serviram de embasamento para o subcapítulo 4.1 deste estudo:

Quadro 13 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 4.1

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRITOR
SUBCAPÍTULO 4.1 A ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DOS FUNCIONÁRIOS DO HCTP DE SALVADOR QUANTO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL		
1	INTERNOS que já cumpriram medidas continuam no HCT. Ministério Público do Estado da Bahia . Salvador. 6 maio 2009. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/noticia/25159 . Acesso em: 2 fev. 2021.	Rompimento dos vínculos sociais
2	A CASA dos mortos. Direção e roteiro: Debora Diniz. Brasília: Imagens Livre, 2009. 1 vídeo (24 min) Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=noZXWFxdtNI . Acesso em: 1 dez. 2020.	Incapaz de responder pelos próprios atos
3	SILVA, Martinho Braga Batista. As pessoas em medida de segurança e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto do plano nacional de saúde no sistema penitenciário. Journal of Human Growth and Development , São Paulo, v. 20, n. 1, p. 95-105, 2010. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19948/22028 . Acesso em: 19 ago. 2019.	Incapaz de responder pelos próprios atos
4	CETOLIN, Simone Kelly. Representações sociais da loucura : um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia – HCT/BA. 2011, 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2011. Disponível em: https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/simone_cetolin.pdf . Acesso em: 29 mai. 2020.	Relatos de alguns profissionais do HCTP de Salvador
5	SANTOS, Alana Rios Garcia <i>et al.</i> Perfil clínico dos pacientes com transtornos mentais internados em um hospital de custódia e tratamento - Bahia - Brasil. Revista de Ciências Médicas e Biológicas , Salvador, v. 14, n. 2, p. 190-197, mai./ago. 2015. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/13961/10838 . Acesso em: 1 mar. 2020.	Perfil clínico dos pacientes do HCTP de Salvador
6	ALMEIDA, Mariana Lisbôa; DIAMANTINO, Rui Maia; TORRES, Cláudia Regina de Oliveira Vaz. A escuta do psicótico homicida numa perspectiva psicanalítica : o sujeito do ato prevalece sobre o ato do sujeito. In: DIAMANTINO, Rui Maia (org.). <i>A psicologia com foco nas múltiplas práticas em saúde mental</i> . Ponta Grossa, PR.: Arena, 2020. Disponível em: https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/artigoPDF/32995 . Acesso em: 1 mar. 2020.	Matar a angústia articulada ao delírio

Fonte: A autora desta dissertação (2021).

No desenvolvimento do referido subcapítulo, partiu-se do documentário *A Casa dos Mortos* de modo a analisar o conteúdo das histórias de Jaime, Antônio e Almerindo – pacientes que, à época, cumpriam a medida de internação no HCTP de Salvador/BA.

Analisou-se, também, as percepções de alguns profissionais que, durante o ano de 2011, trabalhavam no HCTP de Salvador/BA; e o fato de que, entre os anos de 2012 e 2014, a maior parte dos pacientes em internação foram diagnosticados com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 – F29, conforme a versão 10 (dez) da CID) e haviam praticado homicídio.

Por conseguinte, o Quadro 14 elencou as fontes de pesquisa que serviram de embasamento para o subcapítulo 4.2 deste estudo:

Quadro 14 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 4.2

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRIPTOR
SUBCAPÍTULO 4.2		
EVOLUÇÃO DO QUADRO DE SERVIDORES DO HCTP DE SALVADOR NO DECORRER DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL		
1	BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003 . Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Brasília, DF, 2003d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html . Acesso em: 19 ago. 2020.	Obrigatoriedade de vacinação e de consultas médicas e odontológicas aos pacientes em internação
2	ANDREOLI, Sérgio Baxter <i>et al.</i> Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. Brazilian Journal of Psychiatry , São Paulo, v. 29, n. 1, p. 43-46, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462007000100013&script=sci_arttext . Acesso em: 1 mar. 2020.	O custo da rede extra-hospitalar de saúde
3	CETOLIN, Simone Kelly. Representações sociais da loucura : um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia – HCT/BA. 2011, 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2011. Disponível em: https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/simone_cetolin.pdf . Acesso em: 29 mai. 2020.	Estabilidade laborativa

Fonte: A autora desta dissertação (2021).

No referido subcapítulo, analisou-se os dados que, levantados de estudos anteriores, evidenciaram, entre os anos de 2014 e 2019, a redução da quantidade de servidores efetivos e o aumento da quantidade de terceirizados no HCTP de Salvador/BA – números que destoam face ao aumento na quantidade de consultas médicas, consultas psicológicas e consultas odontológicas realizadas, nesse mesmo período, no âmbito do Hospital.

Por fim, o Quadro 15 enumerou as fontes de pesquisa que serviram de embasamento para o subcapítulo 4.3 deste estudo:

Quadro 15 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 4.3

(continua)

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRIPTOR
SUBCAPÍTULO 4.3		
A DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SALVADOR/BA E SOBRE A QUANTIDADE DE PACIENTES AINDA EM INTERNAÇÃO NO HCTP DE SALVADOR		
1	BRASIL. Decreto-Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940 . Regulamenta o Código Penal. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm . Acesso em: 29 jul. 2019.	Espécies de medidas de segurança
2	ANDREOLI, Sérgio Baxter <i>et al.</i> Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. Brazilian Journal of Psychiatry , São Paulo, v. 29, n. 1, p. 43-46, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462007000100013&script=sci_arttext . Acesso em: 1 mar. 2020.	O custo da rede extra-hospitalar de saúde
3	CETOLIN, Simone Kelly. Representações sociais da loucura : um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia – HCT/BA. 2011, 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2011. Disponível em: https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/simone_cetolin.pdf . Acesso em: 29 mai. 2020.	Estabilidade laborativa

Quadro 15 – Fontes de pesquisa que subsidiaram o subcapítulo 4.3

(conclusão)

Nº	REFERÊNCIAS DAS FONTES DE PESQUISAS	DESCRIPTOR
SUBCAPÍTULO 4.3 A DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SALVADOR/BA E SOBRE A QUANTIDADE DE PACIENTES AINDA EM INTERNAÇÃO NO HCTP DE SALVADOR		
4	PESSOTO, Umberto Catarino; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck; GUIMARÃES, Raul Borges. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. Saúde e Sociedade , São Paulo, v. 24, n. 1, p. 9-22, jan./mar., 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100009&lng=pt&tlng=pt . Acesso em: 21 fev. 2021.	A indústria da saúde
5	COM DEPRESSÃO no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar”. Biblioteca Virtual de Saúde , São Paulo, 2017. Disponível em: https://bvssalud.org/portal-lis/2017/05/12/dia-mundial-da-saude-07-abril-2017/ Acesso em: 2 fev. 2021.	A depressão no topo da lista de problemas de saúde
6	BAHIA. Plano de desinstitucionalização da Bahia . Salvador, 2018a. Disponível em: https://www.portalsaudenoar.com.br/wp-content/uploads/2019/08/Plano-de-Desinsti_Documento-Final_RevCarla-Liana07jan2019-1.pdf . Acesso em: 1 mar. 2020.	A cronificação das condições psíquicas decorrente de longos períodos de internação
7	FAMILIARES de rapaz com deficiência mental grave, negam omissão e pedem ajuda para tratamento. Diário Corumbaense . Corumbá. 5 jul. 2018. Disponível em: https://diarionline.com.br/?s=noticia&id=103514 . Acesso em: 2 fev. 2021.	Reação da sociedade diante do paciente em liberdade
8	PACIENTES do CAPS Nise da Silveira estão produzindo máscaras de proteção facial”. Prefeitura de Cosmópolis . Cosmópolis, SP, 2021. Disponível em: https://cosmopolis.sp.gov.br/categoria/saude/ Acesso em 19 mar. 2021.	Atividades de ressocialização
9	BRASIL. Ministério da Saúde. Relação dos CAPS no município de Salvador Brasília, DF, SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica, 2021. Disponível em: https://portalsage.saude.gov.br/ . Disponível em: Acesso em: 2 fev. 2021.	CAPS em Salvador

Fonte: A autora desta dissertação (2021).

No subcapítulo 4.3, procedeu-se à análise do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, tomando como parâmetro o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador/BA. Para tanto foram analisados os depoimentos dos profissionais do HCTP de Salvador; o fato de que embora a quantidade de pacientes em internação ainda seja alta, os profissionais efetivos do HCTP vêm sendo substituídos por terceirizados e a forma com que os CAPS estão distribuídos no município de Salvador e a estimativa crescente de pessoas com transtorno mental.

Destinou-se o Capítulo 5 para o desenvolvimento e para a apresentação de um informativo que, baseado nos levantamentos realizados, teve o propósito de conferir maior divulgação às questões centrais da desinstitucionalização – a exemplo do significado do termo, da representatividade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a manutenção da rede extra-hospitalar de saúde e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) distribuídos no município de Salvador.

Pensou-se em um informativo em razão da possibilidade de, através do mesmo, divulgar – de forma clara, direta e objetiva – os temas que geralmente são foco de dúvida do público em geral. Inferiu-se, dos relatos trazidos nesse estudo,

que a melhor maneira de conscientizar e de estimular boas práticas é através da informação – a qual deve acontecer de forma dinâmica e atualizada. Afinal, o foco da Lei de Reforma Psiquiátrica – e por consequência da desinstitucionalização – é o bem-estar e a melhor qualidade de vida do indivíduo em sofrimento mental.

Nas Considerações Finais foi abordado que o presente estudo resolveu o problema proposto, solucionou o objetivo geral de pesquisa e ainda evidenciou que: o sentido mais amplo da desinstitucionalização ainda não foi alcançado; o rompimento dos vínculos sociais continua sendo um problema e que as vagas no Serviço Residencial Terapêutico são insuficientes; há a necessidade de investir mais no Projeto Terapêutico Singular (no sentido de conscientizar a comunidade quanto aos cuidados que requerem os portadores de transtorno mental e quanto ao fato de que eles também são sujeito de direitos) e há que se considerar que os relatos das dificuldades enfrentadas pela família possam servir de subsídio para a implementação de melhorias nas políticas públicas de saúde.

Procedida a presente Introdução, partiu-se para contextualizar o transtorno mental, interpretar o sentido da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial e entender a relação desses institutos com a Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a).

2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA INTERPRETAÇÃO DOS INSTITUTOS

Pode-se dizer que o processo, de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, foi resultado do “entusiasmo pela reconstrução democrática”¹ (VENTURINI, 1995, p. 13) em favor dos direitos daqueles que sofrem de enfermidades mentais e que por séculos foram tratados com crueldade, desrespeito e desprezo, mas não só.

Diz-se isso, pois, tal movimento, embora externe ter como foco o bem-estar daqueles indivíduos – até então invisíveis – não se materializou de maneira desinteressada e despretensiosa. Afinal, o poder econômico, em uma sociedade capitalista, tende a determinar o curso do capital.

Cabe então a indagação: para quem a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são realmente benéficas?

Note-se que, inquestionavelmente, uma mudança se fazia necessária – até mesmo porque não se podia mais tolerar que, em uma sociedade democrática, os portadores de transtorno mental continuassem sendo alienados dos seus direitos e mantidos confinados. Uma mudança capaz de acender uma luz sobre tais indivíduos, tornando-os visíveis para o resto da sociedade e evidenciando que tantos anos de descaso e indiferença resultaram em uma cronificação de suas condições psíquicas – situação que, diga-se, só tende a piorar face a constatação de que a quantidade de pessoas com transtorno mental vem aumentando em todo o mundo, ano após ano. Daí a necessidade de se fazer o diagnóstico precoce e de iniciar o tratamento mais adequado – afastando, assim, o risco de piora do quadro clínico e de dependência ao sistema.

Nesse sentido, matéria que tem como fonte a Organização Mundial da Saúde (OMS) aborda os impactos da cronificação do transtorno mental – e da consequente incapacitação do indivíduo para o labor – para a economia global:

A depressão é a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo. De acordo com as últimas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão, um aumento de mais de 18% entre 2005 e 2015.
[...]

¹ Expressão utilizada por Ernesto Venturini (1995, p. 13) em prefácio da obra *Loucos pela vida*

A falha na ação é onerosa. De acordo com um estudo conduzido pela OMS, que calculou os custos de tratamento e os resultados de saúde em 36 países de baixa, média e alta renda para 16 anos, de 2016 a 2030, baixos níveis de reconhecimento e acesso a cuidados para a depressão e outro transtorno mental comum, a ansiedade, resulta em uma perda econômica global de um trilhão de dólares americanos a cada ano. As perdas são incorridas pelas famílias, empregadores e governos. As famílias perdem financeiramente quando as pessoas não podem trabalhar. Os empregadores sofrem quando os funcionários se tornam menos produtivos e são incapazes de trabalhar. Os governos têm de pagar despesas mais elevadas de saúde e bem-estar. Nas Américas, quase sete em cada 10 pessoas com depressão não recebem o tratamento de que necessitam. (COM DEPRESSÃO..., 2017).

Na referida matéria, a chefe da unidade de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OPAS/OMS, Dévora Kestel, menciona que “Devemos agir agora para superar as lacunas que separam as pessoas com condições mentais dos serviços de saúde de que precisam”. (COM DEPRESSÃO..., 2017) Tal relato, diga-se, corrobora com a noção de que o tratamento na fase inicial é, reconhecidamente, a forma mais eficaz de combater a cronificação da doença e a irradiação de seus efeitos danosos (para o indivíduo e para a sociedade em geral).

Também no artigo intitulado *Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação*, os autores e professores Marcelo Justus dos Santos e Ana Lúcia Kassouf (2007, p. 6) externam que:

Em termos econômicos, são inúmeros os impactos dos transtornos mentais e comportamentais, entretanto, apenas parte desse ônus é mensurável, podendo-se destacar: a necessidade de serviços sociais e de saúde, a perda de emprego, a redução de produtividade, o impacto sobre as famílias, o nível de criminalidade e a mortalidade prematura. Entre os imensuráveis, destacam-se os custos de oportunidade dos indivíduos e famílias.

E se por um lado o Estado ganha ao manter o indivíduo, ainda que acometido por algum tipo de transtorno mental, ativo e atuante no mercado de trabalho, por outro lado ele também se beneficia economicamente ao priorizar – para compor esse grande e caro projeto (que é a implementação e a expansão da rede extra-hospitalar de saúde) – a manutenção de terceirizados no lugar dos servidores efetivos (assunto que será tratado posteriormente).

Ressalte-se, nesse sentido, o papel da regulação do comportamento social, o qual embora se mostre necessário (quando se volta para a minimização dos conflitos sociais) é também capaz de ocultar aspectos perversos, especialmente se considerados os interesses políticos e econômicos envolvidos.

Observe-se que não se está a dizer que condutas consideradas corretas, justas e éticas não possam ser praticadas de maneira espontânea², mas, sim, que se constituem uma exceção à regra geral. Afinal a instituição de regras gerais de comportamento requer considerar a coexistência de motivações díspares, advindas de indivíduos com diferentes posições sociais e econômicas, diferentes níveis de escolaridade e, especialmente, diferentes oportunidades na vida. Daí o papel do Direito que, ao tipificar e estabelecer sanções, autoriza o Estado a, ante a subsunção do fato à norma, tomar as medidas necessárias no sentido de fazer cumprir a lei.

Tem-se, portanto, que no poder de coação (intrínseco aos preceitos legais e inerente ao Direito) se fazem presentes os interesses de uma minoria privilegiada – a qual, diga-se, considerou, até poucos anos atrás, o indivíduo em sofrimento mental como sendo um fardo para o Estado (quando impossibilitado para o labor), um risco para si mesmo e, especialmente, um risco para os demais (o que justificou por muito tempo a manutenção da exclusão).

Qual seria, então, o verdadeiro propósito da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial?

Embora a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial visem devolver a identidade e a cidadania aos portadores de transtorno mental, há que se considerar que, ao abraçar a causa dessas pessoas e lhes propor tratamento digno, através de uma rede comunizada de saúde, o Estado reconheceu a importância da higidez psíquica para a saúde física e mental dos indivíduos e, conseqüentemente, para o desempenho das suas atividades laborais – tão importantes para o desenvolvimento e alavancagem do país. Nesse sentido, a contribuição dos autores Pessoto, Ribeiro e Guimarães (2015), nos trechos transcritos a seguir:

No caso do setor saúde, associado a essa discussão de manutenção da força de trabalho com fundos públicos, também emerge a questão da "indústria da saúde" que foi beneficiada com a expansão da assistência

² Saliente-se que as condutas corretas, justas e espontâneas fazem parte do universo da moral (campo que representa o foro íntimo do indivíduo e que, por essa razão, prescinde de coação para acontecer). E a correlação da moral com o Direito pode ser melhor explicitada através da teoria dos círculos independentes (formulada por Hans Kelsen, sustenta que moral e Direito não se confundem – daí ser retratada por dois conjuntos que não se tocam), da teoria dos círculos concêntricos (formulada por Jeremy Bentham, admite que no campo do Direito há um mínimo de moral, necessária para viabilizar o convívio social – daí ser retratada por dois conjuntos, estando o conjunto do Direito contido no conjunto da moral) e da teoria dos círculos secantes (desenvolvida por Claude du Pasquier, concilia as teorias dos círculos independentes e concêntricos – sendo retratada por dois conjuntos que apresentam uma zona de interseção entre si).

médica individual a toda população, e não somente os contribuintes do INSS e seus dependentes. [...]. Com a instituição no Brasil do Sistema Único de Saúde, após a Constituição de 1988, que propõe a universalização dos serviços, desde as ações de saúde coletiva até a atenção de alta complexidade nos hospitais de ponta, essa discussão ganha novos contornos. (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015, p. 17).

[...]

O investimento político em um Estado que permita a manutenção de políticas públicas sociais, associado ao estímulo da participação popular como prática de controle público sobre estas mesmas políticas, é uma forma de amenizar a intensa mobilidade de capital promovida pela globalização econômica. As novas articulações que o capitalismo estabelece dificultam a própria funcionalidade do Estado, pois lhe impõem barreiras à apropriação e distribuição da riqueza. (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015, p. 20).

E embora o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial tenha sido idealizado em prol dos portadores de transtorno mental, é possível notar que ele também está sendo lucrativo para outros atores sociais – afinal, contratos estão sendo licitados e firmados; convênios e parcerias estão sendo negociados; profissionais técnicos (em grande parte terceirizados) estão sendo contratados.

Destaque-se que o presente estudo toma como parâmetro o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador/BA, local onde os portadores de transtorno mental (que praticaram o injusto penal e, que por consequência, estão em cumprimento de medida de internação) não hão de ser julgados pela prática de condutas imorais (que ferem o senso da moralidade) e nem amorais (alheias ao senso da moralidade) e que ante o cometimento de injustos penais farão jus à medida de segurança.

Nesse sentido, e com vistas a analisar o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, com ênfase no HCTP de Salvador/BA, partiu-se para contextualizar o transtorno mental e entender de que maneira o estado da Bahia tem se estruturado para atender aos casos mais sensíveis da questão (a exemplo dos internos que, desospitalizados, não contam com o apoio dos seus familiares e das famílias que não encontram meios de controlar seus entes nos momentos mais severos das crises).

2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO TRANSTORNO MENTAL

Conforme citação de Millani e Valente (2008, p. 2), “A loucura como fenômeno é relatada, inicialmente, na Antigüidade grega e romana [...]”. E na Grécia antiga, diga-se, a loucura, antes considerada um privilégio – espécie de desrazão que acometia o indivíduo e lhe permitia acessar os deuses – foi se dissociando da verdade³ e sendo cada vez mais associada ao mal.

Carregados de tal negativismo simbólico, os loucos – considerados incapazes de conviver em sociedade – passaram a ser banidos e excluídos. Tornaram-se invisíveis para o resto do mundo e, como tal, foram alvo de todo o tipo de tratamento cruel e desumano. Na esteira desse entendimento a *Stultifera Navis*, capítulo da *História da Loucura* no qual Foucault abordou a nau para onde iam os loucos expurgados das cidades e lá permaneciam. Tais indivíduos afetados pela loucura eram, por assim dizer, presos ou confiados a mercadores e peregrinos na certeza de que, assim, seriam levados para longe e lá permaneceriam. Em passagem da mesma obra, Foucault (2017a, p. 10-11) também descreve que:

Mas há outras cidades, como Nuremberg, que certamente não foram lugar de peregrinação e que acolheram grande número de loucos, bem mais que os que podiam ser fornecidos pela própria cidade. Esses loucos são alojados e mantidos pelo orçamento da cidade, mas não tratados: são pura e simplesmente jogados na prisão. [...].

Observe-se que o pouco, ou mesmo nenhum, conhecimento que se tinha sobre o louco fez da segregação o meio mais eficaz de neutralizar tais indivíduos – por vezes agressivo, de difícil ou de nenhum controle e que, por ausência de freios, se torna capaz de qualquer feito. Daí que diante da insegurança social erigida, construiu-se o estigma de que o seu portador era um real perigo para a sociedade e que, como tal, não poderia permanecer em liberdade. Deu-se, então, o livre consentimento da coletividade para encarcerá-lo, acorrentá-lo e esquecê-lo – a verdadeira institucionalização da loucura que se materializou por meio da exclusão do seu portador.

³ Nas palavras de Foucault (2017a, p. 14) “[...] nas farsas e nas sotias, a personagem do Louco, do Simplório, ou do Bobo assume cada vez maior importância. Ele não é mais, marginalmente, a silhueta ridícula e familiar: toma lugar no centro do teatro, como o detentor da verdade – desempenhando aqui o papel complementar e inverso ao que assume a loucura nos contos e sátiras. [...]”.

Para esse propósito serviu todo tipo de prisão e asilos e hospícios acabaram se materializando como destino final para os loucos, que dividiam o espaço com pobres, criminosos, portadores de doenças venéreas e prostitutas – indivíduos malquistos⁴ pela sociedade em geral.

Consoante Foucault (2017b, p. 175), “Dizia-se correntemente, nessa época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer”. Local no qual os indivíduos em sofrimento mental tinham seus direitos desconsiderados e ignorados, podendo, inclusive, ser acorrentados e submetidos a medidas extremadas. Isso se deve ao fato de que nem o hospício era voltado para tratar dos enfermos e nem as pessoas que lá trabalhavam tinham como tal o objetivo de seu labor.

Apenas com a valorização da ciência e da razão, a loucura passou a ser objeto de conhecimento – mais especificamente, se tornou objeto de estudo da medicina e, com tal condição, passou a ser reconhecida como doença mental.

Surgiram os hospitais que, revestidos da condição de espaços terapêuticos, acabaram institucionalizando relações próprias de um ambiente inóspito e à margem. Nesse sentido a passagem aqui transcrita: “A caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional.” (AMARANTE, 1995, p. 24). Note-se que a institucionalização da loucura está intimamente ligada ao sentido de risco e de periculosidade emanados do doente mental.

Pode-se dizer que a psiquiatria, na qualidade de especialidade médica voltada para o tratamento de transtornos mentais, teve início com o trabalho desenvolvido por Philippe Pinel nos hospitais em Paris – que, à época difundiu o termo alienismo, vez que tratava dos alienados e de suas alienações mentais. Através do alienismo, Pinel pregava ser capaz de recuperar os alienados por meio de tratamentos de natureza física e química, e tal crença estimulou a criação de manicômios. Camisas de força se tornaram inerentes ao tratamento, assim como os

⁴ Para Menezes (2016, p. 179): “Seguramente, o internamento não se esgota como medida de engenharia de controle social. Trata-se bem mais de um gesto que despotencializa os sujeitos ameaçadores da ordem, para o que se promove concretamente a alienação: eles não decidem mais por si, nem se movem com liberdade. Passam a ser monitorados”.

surtos passaram a ser classificados e tratados com maior objetividade. Tornou-se atribuição do psiquiatra dizer quem era e quem não era alienado⁵.

E o avanço da psiquiatria, associado ao uso de psicofármacos, buscou retirar do paciente a sua nocividade e torná-lo apto a conviver pacificamente em sociedade. E por convívio pacífico está-se fazendo referência a drogas capazes de minimizar os prejuízos inerentes ao transtorno mental sem alienar o paciente – diferentemente de quando eram ministradas a morfina, a cocaína e a heroína que, na condição de paliativos para os surtos, causavam dependência e levavam à morte. Saliente-se que a descoberta de tais drogas reduziu a aplicabilidade de práticas extremistas, tais quais a lobotomia, o uso de camisas de força, o uso de máquinas giratórias, o isolamento, a eletroconvulsoterapia.

Atente-se que a etiqueta de doente mental em nada modificou o modo como esse indivíduo era visto – ou melhor, não visto – pela sociedade. Apenas por uma questão estrutural, o seu sofrimento passou a se dar a partir dos muros dos hospícios e legalizado por outro ator social: o médico psiquiatra. E, diga-se, na condição de objeto de conhecimento, o doente mental passou a ser observado, estudado, classificado, medicado. Teve-se, então, no hospital a última morada do doente mental⁶.

E eis que, no ano de 1838, se deu a aprovação da primeira lei europeia sobre os alienados – lei que, diga-se, influenciou diretamente nos termos do Decreto Federal nº 1.132 (BRASIL, 1903), o qual “encerrava, além da intenção de unificar a assistência psiquiátrica no país, o estímulo à construção de asilos estaduais e a proibição definitiva do cerceamento de doentes mentais, “alienados” na verdade, em prisões.” (MACEDO, 2006).

E, inspirado no modelo francês, o Decreto Imperial nº 82 (BRASIL, 1841a), criou, no Brasil, o Hospício de Pedro Segundo, que foi construído na cidade do Rio de Janeiro. Nos anos que se seguiram, instituições semelhantes foram criadas em outros estados do Brasil: em 1852, foi criado em São Paulo/SP, o Hospício Provisório de Alienados; em 1864, foi criado, em Olinda/PE, o Hospício de

⁵ Uma obra de ficção capaz de traduzir muito bem essa situação é *O Alienista*, de Machado de Assis, na qual o médico psiquiatra Simão Bacamarte construiu um edifício para “agasalhar” os loucos de Itaguaí, num primeiro momento chegou a internar oitenta por cento da população, repensou seus critérios de reclusão, e partiu para internar os vinte por cento inicialmente poupados.

⁶ Referência a Foucault quando, na obra *Microfísica do Poder* cita que “[...] dizia-se correntemente, nessa época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. [...]” (FOUCAULT, 2017b, p. 175).

Alienados; em 1873, foi criado, em Belém/PA, o Hospício Provisório de Alienados; em 1874, foi criado, em Salvador/BA, o Asilo de Alienados São João de Deus; em 1884, foi criado em Porto Alegre/RS, o Hospício de Alienados São Pedro; em 1886, foi criado em Fortaleza/CE, o Asilo dos Alienados São Vicente de Paula⁷ (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

Observe-se, contudo, que movimentos reformistas – questionando o modelo hospitalocêntrico ainda adotado, questionando o poder conferido ao psiquiatra e defendendo a desinstitucionalização⁸ – eclodiram com força na Itália, que, em 1978, teve aprovada a sua Lei de Reforma Psiquiátrica – reconhecida como Lei Basaglia, em referência a Franco Basaglia, psiquiatra que serviu de inspiração para a psiquiatria democrática e o tratamento humanizado nos hospitais psiquiátricos.

Tem-se que a Lei italiana nº 180 (ITÁLIA, 1978) instituiu, entre outras medidas, o controle e o tratamento sanitário voluntário, como regra; o controle e o tratamento sanitário das doenças mentais, como regra, sem a necessidade de internação hospitalar – salvo ante a existência de alterações psíquicas que a justificassem e face à impossibilidade de serem adotadas medidas sanitárias extra-hospitalares; que, como regra, as intervenções para prevenção, tratamento e reabilitação realizar-se-iam através dos serviços psiquiátricos extra-hospitalares; a proibição de construir novos hospitais psiquiátricos, de criar divisões psiquiátricas especializadas dentro dos hospitais existentes e de instituir, nos hospitais gerais, seções psiquiátricas, assim como de utilizar seções neurológicas ou neuropsiquiátricas como se psiquiátricas fossem; a supressão das expressões “de alienados de mente”, “de enfermos de mente” do Código Penal Italiano.

Saliente-se que, para os defensores da reforma psiquiátrica, o manicômio não seria um lugar a serviço da vida – seria, assim como o fora a *Stultifera Navis*, mais uma forma de controle social (um lugar que servia para abrigar os indivíduos tidos como indesejáveis e malquistos pela sociedade; lugar que servia para abrigar e esquecer).

⁷ Dados extraídos do ‘Quadro I – Primeiros estabelecimentos ditos exclusivos para alienados nas províncias, criados durante o Segundo Reinado’, de artigo produzido por Oda e Dalgalarrodo (2005).

⁸ Enfoque para a Dra. Nise da Silveira, psiquiatra baiana que fundou, no ano de 1955, a Casa das Palmeiras no Rio de Janeiro – reconhecido centro de referência pós-alta dos pacientes, que tinha como propósito o atendimento contínuo e a não reinternação, em caso de reincidência.

Contagiado pelo movimento italiano, o Brasil⁹ vivenciou, também no ano de 1978, o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM¹⁰). E, em 1989, Trieste serviu como exemplo para Santos¹¹, que acabou sofrendo intervenção em um hospício privado e dando início a um sistema substitutivo de saúde mental e atenção psicossocial – mesmo ano no qual, diga-se, o deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, encampou o Projeto de Lei nº 3.657 (BRASIL, 2001b) (com vistas à extinção progressiva dos manicômios, à sua conseqüente substituição por outros recursos assistenciais e à regulamentação da internação psiquiátrica compulsória, mediante laudo médico circunstanciado e justificativa da internação).

Destaque-se que dentre as justificativas apresentadas, pelo referido deputado, estavam a de que o hospital psiquiátrico, além de inadequado aos fins a que se propunha, facilitava a disseminação de doenças e que, como a desospitalização já se mostrava uma realidade em vários países, a substituição dos manicômios prezaria por um tratamento mais humano, menos estigmatizante e bem menos custoso para os cofres públicos¹². Em defesa da desinstitucionalização, citou,

⁹ País que se tornou signatário da Declaração de Caracas e aderiu à reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina.

¹⁰ Movimento através do qual associações de familiares, pessoas com transtorno mental e sindicalistas passaram a denunciar a violência que se passava nos manicômios e, assim, criticar o saber psiquiátrico e o modelo hospitalocêntrico.

¹¹ Conforme o relatório de Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde mental no Brasil, o ano de 1989 foi “[...] o início de um processo de intervenção [...] da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes” (BRASIL, 2005a, p.7). Intervenção, esta, “[...] com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico” (BRASIL, 2005a, p.7). Assim, “[...] são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível” (BRASIL, 2005a, p.7).

¹² A Resolução nº 6 (BRASIL, 2012) do CNPCP se pautou no levantamento da Comissão Parlamentar de Inquérito que, “criada com a finalidade de investigar a realidade do sistema carcerário nacional [...] apontou discrepâncias e falta de padronização acerca do custo mensal do preso no Brasil” – apontado como “o mais caro da América Latina” (BRASIL, 2012a). Dessa forma, a referida Resolução definiu critérios para o cálculo do custo mensal do preso – considerando “o número total de encarcerados, sob custódia de estabelecimentos penais vinculados aos órgãos de administração penitenciária, em cumprimento de pena em regime fechado, semi-aberto e aberto, submetidos à medida de segurança e presos provisórios” (BRASIL, 2012a). No cálculo não de ser consideradas as despesas com pessoal; material de expediente; estágios remunerados; aluguéis; transportes; materiais de limpeza e escritório; água; luz; telefone; lixo; esgoto; manutenção predial e de equipamentos; aquisição de equipamentos de segurança, de informática, veículos, móveis e imóveis; atividades laborais e educacionais; alimentação; material de higiene pessoal; colchões; uniformes; roupas de cama e banho; assistência médica, odontológica, psicológica e terapia ocupacional prestadas ao preso.

ainda, o exemplo da Itália, que completou dez anos da sua Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei Basaglia).

Somente em 2001 – após doze anos de debate no Congresso Nacional – o então presidente Fernando Henrique Cardoso sancionou a Lei Nacional nº 10.216¹³ (BRASIL, 2001a) – cujo objetivo era a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.

Note-se que, embora o Projeto de Lei nº 3.657 (BRASIL, 1989) tivesse sido alvo de sucessivas emendas, ficou claro que a manutenção da rede extra-hospitalar de saúde se manteve como objetivo da Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a) (também conhecida como Lei de Reforma Psiquiátrica brasileira) – que, no seu art. 5º, instituiu a alta planejada e a reabilitação psicossocial assistida para os pacientes em internação.

E, nesse contexto, o Estado da Bahia – se valendo da competência que lhe foi constitucionalmente atribuída – partiu para instituir normas de caráter específico, que serão melhor explicitadas no tópico a seguir.

2.2 O PLANO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA BAHIA

No tocante à Bahia, a Portaria nº 352 (BAHIA, 2019), aprovou – no decorrer do Governo de Rui Costa (filhado ao Partido dos Trabalhadores – PT) – o Plano de Desinstitucionalização no Estado.

Conforme consta na apresentação do mesmo:

Trata-se de uma mudança de paradigma que envolve a desconstrução progressiva do modelo de atenção hospitalocêntrico, que tem no Hospital Psiquiátrico a base do sistema assistencial em saúde mental, e requer a implantação de uma rede de serviços inseridos na comunidade e de fácil acessibilidade, para atendimento às diferentes demandas dos usuários. (BAHIA, 2018a, p. 8).

¹³ Que, também denominada de Lei da Reforma Psiquiátrica, motivou a instauração da Política Nacional de Saúde Mental, coordenada pelo Ministério da Saúde. Atualmente conta com (a) o Centro de Valorização da Vida (CVV), voltado para a prevenção do suicídio; (b) a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); (c) os serviços de urgência e emergência; (d) os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); (e) as Unidades de Acolhimento (UA); (f) os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental; (g) as Comunidades Terapêuticas; (h) as Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, indicadas para pacientes em surto e (i) o Hospital-Dia, voltado para a realização de procedimentos de até doze horas de duração, tais quais cirurgias, diagnósticos e terapias.

Saliente-se que no intuito de desenvolver essa rede de serviços, direcionada para integrar Estado e comunidade, o Ministério da Saúde se valeu da Portaria Federal nº 3.088 (BRASIL, 2011b) – posteriormente revogada pela Portaria de Consolidação nº 3 (BRASIL, 2017c) – para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁴, a Rede de Atenção Psicossocial.

À RAPS, como ficou conhecida, coube a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”¹⁵ (BRASIL, 2017c). Entre suas principais diretrizes estavam o respeito aos direitos humanos, o combate a estigmas e preconceitos e a promoção da inclusão social – pontos que se pretendeu alcançar “por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária”¹⁶ (BRASIL, 2017c).

Nesse sentido, a Portaria de Consolidação nº 3 (BRASIL, 2017c), listou (no art. 5º do Anexo V) como componentes da RAPS: a Atenção Básica em Saúde, a Atenção Psicossocial, a Atenção de Urgência e Emergência, a Atenção Residencial de Caráter Transitório, a Atenção Hospitalar, as Estratégias de Desinstitucionalização e as Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

A Atenção Básica em Saúde é o componente da RAPS que, instituído no Estado da Bahia através do Decreto nº 14.457 (BAHIA, 2013), se encontra subdividido em: Unidade Básica de Saúde e Centros de Convivência e Cultura.

A Unidade Básica de Saúde é o serviço que, prestado por uma equipe multiprofissional, visa a promoção da saúde mental, a prevenção e cuidado dos transtornos mentais, as ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Para tanto contará, inclusive, com núcleos de apoio à saúde da família.

Os Centros de Convivência e Cultura são unidades públicas voltadas para a inclusão social das pessoas com sofrimento ou transtorno mental (incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas), por meio da

¹⁴ Conforme o relatório da *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*, “Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos ‘Conselhos Comunitários de Saúde.’” (BRASIL, 2005a, p. 7).

¹⁵ Redação extraída do art. 1º, Anexo V, da Portaria de Consolidação nº 3/2017.

¹⁶ Trecho final do art. 4º, inciso IV, Anexo V, da Portaria de Consolidação nº 3/2017.

construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

A Atenção Psicossocial (Especializada) é o segundo componente da RAPS que se encontra subdividido em: Centros de Atenção Psicossocial e Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁷, são constituídos por equipes diversificadas de profissionais, que se voltam para uma atuação interdisciplinar. Realizam atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral (incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial). Encontram-se organizados em: CAPS I¹⁸, CAPS II¹⁹, CAPS III²⁰, CAPS ad²¹, CAPS ad II²², CAPS ad III²³, CAPS ad IV²⁴, CAPS i²⁵, CAPS i II²⁶.

¹⁷ Conforme o relatório da *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*, “Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.” (BRASIL, 2005a, p. 27).

¹⁸ Voltado para pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, em municípios com população entre 20.000 (vinte mil) e 70.000 (setenta mil) habitantes.

¹⁹ Voltado para pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, em municípios com população entre 70.000 (setenta mil) e 200.000 (duzentos mil) habitantes.

²⁰ Funciona vinte e quatro horas por dia, incluindo feriados e finais de semana, e se volta para pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, em municípios com população acima de 200.000 (duzentos mil) habitantes.

²¹ Voltado para adultos ou crianças e adolescentes, em municípios com população acima de 70.000 (setenta mil) habitantes.

²² Voltado para adultos ou crianças e adolescentes, em municípios com população superior a 70.000 (setenta mil) habitantes.

²³ Oferecendo serviço com no máximo doze leitos, vinte e quatro horas por dia, incluindo feriados e finais de semana, é voltado para adultos ou crianças e adolescentes, em municípios com população acima de 200.000 (duzentos mil) habitantes.

²⁴ Instituído pela Portaria nº 3.588 (BRASIL, 2017b), é voltado para atender pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. O art. 1.021-A, incisos I e II, da Portaria nº 3.588 (BRASIL, 2017b), instituiu incentivos financeiros – no valor de R\$ 125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais) e R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) – para os municípios que adiram à implantação do CAPS AD IV.

A Atenção de Urgência e Emergência é o terceiro componente da RAPS e engloba: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral e Unidades Básicas de Saúde.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem como objetivo chegar com celeridade até a vítima, após agravo à saúde da mesma.

A Sala de Estabilização é voltada para garantir a assistência, vinte e quatro horas por dia, a pacientes em estado crítico e/ou grave.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) oferece atendimento a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestam o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma.

As Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral são serviços que, instalados em uma unidade hospitalar, oferecem atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas.

A Atenção Residencial de Caráter Transitório é o quarto componente da RAPS e engloba: a Unidade de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial.

A Unidade de Acolhimento é voltada para os cuidados contínuos de saúde, vinte e quatro horas por dia, por até seis meses, em ambiente residencial, para jovens (de doze a dezoito aos completos) e adultos que, em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas, apresentam acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar.

Os Serviços de Atenção em Regime Residencial são serviços que, a exemplo das Comunidades Terapêuticas, oferecem cuidados contínuos de saúde, por até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A Atenção Hospitalar é o quinto componente da RAPS que engloba: Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico Especializado e Hospital dia. Traduz-se no conjunto de ações e serviços que – voltados para a

²⁵ Oferecendo serviço aberto e de caráter comunitário, é voltado para crianças e adolescentes, em municípios com população acima de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes.

²⁶ Voltado para crianças e adolescentes, em municípios com população de cerca de 200.000 (duzentos mil) habitantes.

promoção, a prevenção e o restabelecimento da saúde – visam ampliar o acesso ao tratamento em hospitais gerais.

As Unidades de Referência Especializada em Hospital Geral oferecem tratamento hospitalar (Hospital Geral) para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas.

O Hospital Psiquiátrico Especializado é o serviço derivado da Portaria nº 3.588 (BRASIL, 2017b), também do Ministério da Saúde. Note-se que, conforme a política adotada pelo Estado da Bahia – de substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede comunitária de serviços – os hospitais psiquiátricos seriam progressivamente desativados só ficando disponíveis até que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conseguisse atender ao disposto na Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a).

O Hospital dia oferece suporte hospitalar, vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, por meio de internações de curta duração, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

As Estratégias de Desinstitucionalização são o sexto componente da RAPS. Voltam-se para “o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas”²⁷ com vistas a progressiva inclusão social”²⁸. Conforme o art. 5º, inciso VI, alínea “a”, do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3 (BRASIL, 2017c), se fazem representar pelos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) foram definidos – conforme redação do art. 77, parágrafo único, da Portaria nº 3.588 (BRASIL, 2017b) – como sendo “moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência”. Os SRTs se voltam para os egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia que não contem com nenhuma outra forma de reinserção. Destaque-se que o Ministério da Saúde, ao criar o Programa de Desinstitucionalização (através da Portaria Federal nº 2.840) (BRASIL, 2014d), instituiu que os municípios que preencham os requisitos necessários farão jus ao incentivo financeiro à título de custeio mensal.

²⁷ Trecho extraído do art. 2º da portaria Federal nº 2.840 (BRASIL, 2014d).

²⁸ Trecho extraído do art. 2º da portaria Federal nº 2.840 (BRASIL, 2014d).

Por fim, as Estratégias de Reabilitação Psicossocial são o sétimo e último componente da RAPS, que engloba as iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Observe-se que, sob a coordenação do Ministério da Saúde, a Lei Nacional nº 10.708 (BRASIL, 2003a) instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial – parte integrante do programa de ressocialização intitulado *De Volta Para Casa*²⁹. E a Portaria nº 2.156 (BRASIL, 2003c), também do Ministério da Saúde, possibilitou que municípios, que possuísem serviços residenciais terapêuticos implantados, pudessem integrar o Programa *De Volta de Para Casa*.

Saliente-se que, através da Portaria Federal nº 3.088 (BRASIL, 2011b), o Estado da Bahia partiu para desenvolver ações no sentido de implantar a RAPS nas 28 (vinte e oito) Regiões dos seus 9 (nove) Núcleos Regionais de Saúde (NRS) – resumidos no Quadro 16, a seguir:

Quadro 16 – Núcleos Regionais de Saúde do Estado da Bahia

Estado da Bahia	
Núcleos Regionais de Saúde	Regiões de Saúde
Centro-Leste	Feira de Santana, Itaberaba, Seabra, Serrinha
Centro-Norte	Irecê, Jacobina
Extremo Sul	Porto Seguro, Teixeira de Freitas
Leste	Salvador, Camaçari, Cruz das Almas, Santo Antônio de Jesus
Nordeste	Alagoinhas, Ribeira do Pombal
Norte	Juazeiro, Paulo Afonso, Senhor do Bonfim
Oeste	Barreiras, Santa Maria da Vitória, Ibotirama
Sudoeste	Brumado, Itapetinga, Guanambi, Vitória da Conquista
Sul	Itabuna, Ilhéus, Jequié, Valença

Fonte: Adaptado de Bahia (2018, p. 18).

Nesse contexto convém destacar a Portaria Interministerial nº 1 (BRASIL, 2014b), voltada para instituir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). No art. 6º, inciso I, da referida Portaria, consta que um dos objetivos do PNAISP foi o de “promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando o cuidado integral”. A Portaria também estabelece que “trabalhadores em serviços

²⁹ O Programa de *Volta para Casa* é fruto de um convênio que, firmado entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal, se propôs a arcar com o pagamento mensal de um auxílio-reabilitação para os egressos do Hospital Psiquiátrico, ou egressos do HCTP, desde que associados ao programa municipal de reintegração social – e conta com o Benefício de Prestação Continuada – BPC, que, com recurso proveniente do Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS, garante o pagamento de um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 (sessenta e cinco) anos e ao indivíduo que, possuidor de transtorno mental, está em situação de desvantagem.

penais, os familiares e demais pessoas que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade serão envolvidas em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos” – vide art. 8º – e implementa o Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) – vide art. 10.

E no que tange ao instituto da desinstitucionalização, tem-se a Resolução CIB³⁰ 139 (BAHIA, 2018b) aprovando o Plano³¹ de Desinstitucionalização na Bahia – através do qual reafirmou o redirecionamento do modelo assistencial tanto às pessoas com sofrimento ou transtorno mental quanto àquelas com problemas provenientes do uso de substâncias psicoativas.

Voltou-se, por conseguinte, para o fortalecimento da RAPS e ações tais quais a expansão e a qualificação dos pontos de atenção da rede, o desenvolvimento de estratégias de desinstitucionalização por hospital psiquiátrico, e cofinanciamento estadual de CAPS III e CAPS AD III – tudo isso, diga-se, mantendo como foco a garantia da autonomia e a liberdade das pessoas.

Acrescente-se, ao exposto, a contribuição do Projeto de Lei nº 6.013 (BRASIL, 2001b) – de autoria do Deputado Jutahy Junior – responsável por instituir a expressão “transtorno mental” em substituição à “alienação mental” e equivalentes.

Note-se, ainda, que a Lei da Reforma Psiquiátrica motivou o Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária (CNPCP), a disciplinar, através da Resolução nº 5 (BRASIL, 2004a), que a medida de segurança passaria ser aplicada de forma progressiva³², se valendo de saídas terapêuticas até migrar para o regime de Hospital-Dia; e a recomendar, através da Resolução nº 4 (BRASIL, 2010), a adoção da política antimanicomial³³ “no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança”, além de instituir o prazo de dez

³⁰ CIB = Comissão Intergestores Bipartite-Ba.

³¹ Elaborado pela Comissão Interinstitucional de Planejamento das Ações de Desinstitucionalização (CIPAD) no Estado da Bahia.

³² Conforme o art. 12 da Resolução nº 5 (BRASIL, 2004a), do CNPCP, “A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica”

³³ Consoante o art. 1º, *caput*, da Resolução nº 4 (BRASIL, 2010), “O CNPCP, como órgão responsável pelo aprimoramento da política criminal, recomenda a adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança” (BRASIL, 2010).

anos³⁴ para o Poder Executivo concluir a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial.

Especificamente no que diz respeito aos indivíduos acometidos de transtorno mental, importante mencionar a Portaria Federal nº 95 (BRASIL, 2014c), que dispôs sobre o financiamento do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas, aplicável ao paciente judiciário, no âmbito do SUS – valor que, proveniente do Fundo Nacional de Saúde, é repassado mensalmente para os entes federados, cadastrados no serviço junto ao Ministério da Saúde.

Ressalte-se que, em 2017, a Portaria Federal de Consolidação nº 2 (BRASIL, 2017a) consolidou as normas sobre políticas nacionais de saúde do SUS (que tratava do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas no seu capítulo III, do Anexo XVIII); que, em 2020, a Portaria Federal nº 1.325 (BRASIL, 2020b) revogou o capítulo III, do Anexo XVIII, da Portaria Federal de Consolidação nº 2 (BRASIL, 2017a) (e, com isso, extinguiu o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei); que, em 2020, o Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), através da Resolução nº 26 (BRASIL, 2020a), recomendou ao Ministério da Saúde revogar a Portaria Federal nº 1.325 (BRASIL, 2020b) (por estar em desacordo com a Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a); e que, também em 2020, o Ministério da Saúde revogou, através da Portaria Federal nº 1.754 (BRASIL, 2020c), a Portaria nº 1.325 (BRASIL, 2020b) (devolvendo, por meio da repristinação, efeito à Portaria Federal de Consolidação nº 2) (BRASIL, 2017a).

Uma vez contextualizado o transtorno mental e analisada a operacionalização da desinstitucionalização no Estado da Bahia – simbolizada, neste trabalho, pela instituição da Rede de Atendimento Psicossocial e sua vinculação ao Sistema Único de Saúde – criando, assim, a rede comunitária e extra-hospitalar de saúde – partiu-se para examinar, mais detidamente, os institutos da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, conforme tópicos a seguir.

³⁴ O art. 6º, *caput*, da Resolução nº 4 (BRASIL, 2010), do CNPCP, elucida que “O Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, irá implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário”.

2.3 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A desinstitucionalização é termo que não encerra em si um conceito pontual e que vai muito além da desospitalização de indivíduos em situação de internação. Diz-se isso porque enquanto a desospitalização é o ato de tirar o indivíduo em sofrimento mental do hospital, a desinstitucionalização engloba implementar e manter meios capazes de tirar, desse indivíduo, a condição de dependência criada ao sistema de saúde hospitalocêntrico.

E com vistas a interpretar o sentido do termo (desinstitucionalização), compilou-se, a seguir, o conceito dado ao mesmo por autores variados:

Um primeiro modo de compreensão acerca da desinstitucionalização refere-se ao paulatino processo de desospitalização de pacientes e fechamento definitivo de hospitais psiquiátricos. Tal processo teria como objetivo demonstrar tal instituição, elaborado a partir da crítica realizada à clínica psiquiátrica exercida aí, as relações de poder assimétricos e os efeitos de cronificação e exclusão que incidem nos pacientes internados.

[...] É preciso desgarrar deste referente, inventar novos modos de cuidado, propor o impensado no território, conectar-se com o inusitado, afetar-se pela loucura e atingir o ponto nodal da relação entre esta e a sociedade. É este o sentido último da desinstitucionalização. (LISBOA, 2013, p. 202, 231).

A desinstitucionalização é um circuito dinâmico em constante transformação, que ultrapassa a doença, o corpo e a psique; reescreve o corpo social, desconstruindo, outrossim, práticas e discursos que reduzem o indivíduo ao papel de doente mental. (SADE, 2014, p. 29).

O tratamento terapêutico nos moldes da desinstitucionalização se faz por uma inventividade constante que dê sentido às mudanças cotidianas de cada usuário, atento à identidade e aos valores individuais, não se atendo aos resultados clínicos específicos, mas focando e evitando que pessoas permaneçam com quadros crônicos e institucionalizantes, evidentes nos serviços tradicionais voltados à cura. Mais do que curar e tratar, os italianos dão grande valor à prática da prevenção, de valores relacionados à vida, onde não se pode curar, mas sim evitar situações de objetivação e de dependência do sistema. Ao invés de diagnosticar a doença, diagnostica-se que há bem mais a fazer para e com a pessoa que sofre se a questão social for ressaltada, reconstruindo-as como atores sociais. (BUENO, 2011, p. 82).

Dos trechos em comento, chamam a atenção as seguintes passagens: “É preciso [...] afetar-se pela loucura e atingir o ponto nodal da relação entre esta e a sociedade” (LISBOA, 2013, p. 202, 231); “A desinstitucionalização [...] reescreve o corpo social, desconstruindo [...] práticas e discursos que reduzem o indivíduo ao papel de doente mental” (SADE, 2014, p. 29); “[...] diagnostica-se que há bem mais a fazer para e com a pessoa que sofre se a questão social for ressaltada, reconstruindo-as como atores sociais.” (BUENO, 2011, p. 82).

E eis que tais considerações tornam possível resumir a desinstitucionalização em um movimento voltado para descortinar o indivíduo em sofrimento mental, elevando-o a condição de ator social e de cidadão, trazendo, com isso, o enfoque para a pessoa e não para a doença – o que implica em, conforme comentários de Bueno, no trecho transcrito acima, evitar que os indivíduos “permaneçam com quadros crônicos e institucionalizantes, evidentes nos serviços tradicionais voltados à cura.” (BUENO, 2011, p. 82).

Nesse diapasão, faz-se relevante destacar – como medidas voltadas para descontinuar o tratamento hospitalar e a substituí-lo progressivamente pela rede extra-hospitalar de saúde – o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (PRH) no SUS aprovado, em 2004, pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 52 (BRASIL, 2004c).

Conforme o PRH, cada classe de hospital (definido com base na quantidade de leitos existentes e contratados pelo SUS), foi estabelecido um limite mínimo e máximo para a redução de leitos, conforme o Quadro 17 a seguir:

Quadro 17 – Classificação dos hospitais pela quantidade de leitos e a indicação das quantidades mínimas e máximas de leitos para reduzir ao ano

Hospitais	Mínimo de leitos a reduzir	Máximo de leitos a reduzir
Com mais de 200 leitos	40 leitos/ano	-
Entre 320 e 440 leitos	80 leitos/ano	40 leitos/ano
Com mais de 440 leitos	-	120 leitos/ano

Fonte: Adaptado de Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (BRASIL, 2005c).

O objetivo do PRH foi promover a redução progressiva do porte dos hospitais, fazendo-os ficar com um máximo de 160 (cento e sessenta) leitos. E como compensação haveria a recomposição das diárias hospitalares em psiquiatria daqueles hospitais que conseguissem comprovar a redução do porte cumulada com a qualificação³⁵ do atendimento.

Ressalte-se, ainda, que os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, na qualidade de órgãos da justiça, não se submetem às normas do SUS, do PRH e nem do PNASH. Daí que o tratamento desses indivíduos, que em sofrimento mental,

³⁵ A verificação da qualificação do atendimento coube ao Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH)/Psiquiatria.

praticaram o injusto penal, só é possível de acontecer, através da rede extra-hospitalar de saúde, por conta da articulação entre a saúde e a justiça.

Conforme o relatório da Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas:

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É, portanto, fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais.

A ideia fundamental aqui é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005c, p. 25-26).

Saliente-se que a articulação é ainda mais crucial face à estimativa – extraída do Relatório em comento (BRASIL, 2005c, p. 44-45) – de que 3% (três por cento) da população sofre com transtornos severos e persistentes e de 10% (dez por cento) a 12% (doze por cento) da população requer outros cuidados – a exemplo de consultas médico-psicológicas e terapias diversas.

Destaque-se, também, o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica que, desde o ano de 2002, vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Afinal, entende-se a importância de investir na seleção e na capacitação de profissionais que, devidamente qualificados, terão mais chance de evitar situações que levem à dependência do sistema.

E enquanto a construção de uma rede comunitária de saúde é objeto da desinstitucionalização, a garantia do exercício da cidadania é objeto da reabilitação psicossocial – assunto a ser explorado a seguir.

2.4 A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Tem-se a reabilitação psicossocial como um conjunto de ações destinadas a garantir o exercício da cidadania por parte daqueles que, por décadas, têm carregado o peso da exclusão social. E para tornar isso possível o Ministério da Saúde passou a promover ações nos diversos campos a saber: trabalho, habitação, economia solidária, saúde, dentre outros.

E com vistas a interpretar a forma com que o termo (reabilitação psicossocial) foi entendido, compilou-se, a seguir, o conceito dado ao mesmo por autores variados:

A reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental é um conceito forjado no interior do movimento brasileiro de Reforma Psiquiátrica, tendo como referência, propostas da Psiquiatria Democrática, responsável pelo aprofundamento, na década de 1970, na Itália, da crítica aos asilos, dando vez à promulgação da Lei nº 180/78. Liderada por Franco Basaglia, a Psiquiatria Democrática defendia a ruptura com o paradigma clínico, com a relação linear causa e efeito, na concepção da loucura, e com o rótulo de periculosidade do doente mental, negando a instituição psiquiátrica e propondo uma alternativa nova de tratamento. (JORGE *et al.*, 2006).

Reabilitação Psicossocial é um processo terapêutico, de tratamento que exige uma série de cuidados, especialmente um tipo de relação muito próxima, muito íntima em certo aspecto com as pessoas que estão isoladas, que estão sofrendo as conseqüências dos transtornos mentais, conseqüência da própria dificuldade da família de compreendê-los, da própria dificuldade da sociedade de aceitá-los, tanto no convívio, como para empregos, quanto na imagem que eles têm à sociedade.

A reabilitação é um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania e também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social (BABINSKI; HIRDES, 2004).

[...] Não podemos pensar que a reabilitação psicossocial consiste no processo de adaptar os fracos ao mundo dos fortes, mas mudar as regras do jogo, para que os fortes possam compartilhar do mesmo cenário dos mais fracos. Esta perspectiva prevê uma reestruturação do modo de a sociedade enxergar seus membros mais frágeis. Isso requer atitudes concretas que produzam possibilidades reais, e não a adoção de medidas tranqüilizadoras da boa consciência. São estes os movimentos necessários que permitem passar de uma atitude de imobilidade para a produção de sentido, de vida, de inclusão, de dignidade, de direito e justiça. (HIRDES, 2009).

Observe-se que, sob a ótica dos autores em referência, a reabilitação psicossocial é “alternativa nova de tratamento” (JORGE *et al.*, 2006), “processo terapêutico” e “processo de reconstrução” (BABINSKI; HIRDES, 2004) e

“reestruturação do modo de a sociedade enxergar seus membros mais frágeis” (HIRDES, 2009).

Note-se que, o Código Penal, de 1940, no capítulo VII, tratou da reabilitação – definida por Nucci (2017, p. 648) como sendo “[...] a declaração judicial de reinserção do sentenciado ao gozo de determinados direitos que foram atingidos pela condenação”. E quanto ao mesmo, complementa o referido autor acrescentando que:

[...] Com a devida vênia, nem o condenado tem interesse nessa declaração de *reinserção social*, que quase nenhum efeito prático possui, como também dificilmente o prestígio social é recuperado, pelos próprios costumes da sociedade e diante da atitude neutra e, por vezes, hostil do Estado frente ao condenado. Pode até ser que seja resgatado, mas não será por intermédio da reabilitação e sim pela nova postura adotada pelo sentenciado após o cumprimento da sua pena. [...] (NUCCI, 2017, p. 648, grifos conforme o original).

A reabilitação psicossocial, por sua vez, foi instituída pela Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a), visando aqueles pacientes que – seja por contarem com um longo tempo de internação; seja por apresentarem grave dependência institucional (decorrente de seus quadros clínicos ou mesmo por ausência de suporte social) – serão objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

Com esse intuito, a Lei Nacional nº 10.708 (BRASIL, 2003a) instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial – denominado *De Volta Para Casa* – que, sob a coordenação do Ministério da Saúde, ficou responsável por assistir, acompanhar e integrar os pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações (inclusive do HCTP). Os beneficiários que se enquadrassem nos requisitos da lei fariam jus a receber o valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) ao mês.

Também a Portaria Federal nº 52 (BRASIL, 2004c) instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no Sistema Único de Saúde – que estabeleceu que:

1. O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário. Aprofundando estratégia já estabelecida em medidas anteriores da política de saúde mental do SUS, a redução dos leitos deve conduzir à diminuição progressiva dos hospitais de maior porte, levando em conta sua localização em regiões de maior densidade de leitos hospitalares, e deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do

atendimento hospitalar prestado, o que vem sendo realizado anualmente através do PNASH-Psiquiatria. Na mesma direção estratégica, a recomposição das diárias hospitalares deve ser instrumento da política de redução racional dos leitos e qualificação do atendimento. A estratégia deve garantir também que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatorios, atenção básica e outros. Finalmente, é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social.

Observe-se que a Portaria supracitada dispõe ainda que “7.2. Os hospitais não classificados no PNASH - Psiquiatria 2002 estão em processo de descredenciamento do sistema, e permanecem com os valores de remuneração da portaria SAS nº 77/2002” (BRASIL, 2004c) – ressaltando que a desinstitucionalização é mesmo um caminho sem volta.

Nesse aspecto, a Portaria nº 132 (BRASIL, 2012b) instituiu incentivo financeiro de custeio – que pode ir de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) – para os entes federados que desenvolverem o programa de reabilitação psicossocial.

Tem-se, portanto, o Estado incentivando a desospitalização e a reabilitação psicossocial por meio da adoção de políticas de saúde. E nesse contexto, julga-se importante compartilhar a ponderação que, feita por Souza (2006, p. 164), é transcrita a seguir:

Observamos, com isso, que, mesmo para o trabalhador que não apresenta previamente nenhuma alteração mental importante, as condições parecem estar cada vez menos favoráveis. Pensamos que o trabalho não deixou de ser central na vida das pessoas, mas que o mercado está cada vez mais desfavorável ao humano. O problema, então, não é do trabalho, mas do mercado, das regras do jogo do capital. No entanto, sabemos que precisamos pensar o trabalho considerando o mercado, já que estamos lidando com sujeitos humanos nessa conjuntura. Como podemos, nesse contexto, pensar em trabalho para pessoas que estão em desvantagem desde antes da entrada na colocação no trabalho, como as pessoas com transtorno mental grave? Pensamos ser essa uma questão que devemos enfrentar, isto é, se as condições estão difíceis e desfavoráveis, é exatamente nesse momento que se tornam urgentes soluções para tais questões.

Note-se que o trecho em comento trouxe à tona uma questão social de extrema relevância para o exercício da cidadania plena: a dificuldade de entrar e de se manter ativo no mercado de trabalho. Diz-se isso porque a crescente incorporação da tecnologia em todas as áreas do conhecimento, embora rentável

para aqueles que detêm os meios de produção, limita as oportunidades de quem necessita vender a sua mão de obra para sobreviver. E tal fato, diga-se, é ainda mais preocupante em se tratando dos indivíduos que apresentam transtornos mentais graves.

Daí a importância de o Estado atuar para que não haja a cronificação da condição psíquica dos portadores de transtorno mental e de fomentar parcerias e convênios voltados para a garantia do exercício de suas cidadanias – pontos de que trata a Lei de Reforma Psiquiátrica brasileira.

2.5 O ART. 5º DA LEI NACIONAL Nº 10.216/2001

A Lei Nacional³⁶ nº 10.216 (BRASIL, 2001a), conhecida também como Lei Antimanicomial, é fruto dos movimentos em defesa dos direitos dos indivíduos em sofrimento mental. Direitos, estes, que englobam – conforme o art. 2º, parágrafo único, da referida Lei – o de ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; o de ser tratado com humanidade e respeito; o de ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração; o de ter garantia de sigilo nas informações prestadas; o de ter direito à presença médica, a qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; o de ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; o de receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; o de ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; o de ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Com a nova Lei, instituiu-se que o tratamento, aos portadores de transtorno mental, se daria, preferencialmente, em instituições ou unidades de assistência em saúde – relegando a internação psiquiátrica (mediante laudo médico circunstanciado) à condição de exceção. Nesse sentido, o art. 5º da Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a), a saber:

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro

³⁶ Conforme definição de Fernanda Marinela de Sousa Santos (2005, p. 247) “[...] quando a União cria norma geral, esta é de âmbito nacional, aplicável em todo o território e para todos os entes da federação, o que não acontece na lei que define norma específica, porque só atinge o próprio ente que legislou. Sendo assim, quando a União faz norma geral, todos devem observar e, quando legisla sobre norma específica, esta lei somente será aplicável a ela, o que se denomina lei federal”.

clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de **alta planejada e reabilitação psicossocial assistida**, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (Grifos nossos).

Note-se que a União instituiu normas gerais propensas à promoção da “alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (BRASIL, 2001a) – especialmente no que concerne aos pacientes que, alvos do controle social, viveram imersos na cultura da exclusão. Curiosamente o referido dispositivo legal fez menção expressa a que mesmo ante “situação de grave dependência institucional, decorrente de [...] quadro clínico ou de ausência de suporte social” (BRASIL, 2001a), seria instituída a “alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (BRASIL, 2001a) – situações as quais, até muito pouco tempo atrás, justificavam manter os indivíduos em sofrimento mental em internação.

E eis que, do exposto, sobrevêm duas possíveis explicações: algo aconteceu que modificou a forma de a sociedade perceber o portador de transtorno mental (e a Lei apenas veio externar essa nova realidade) ou a sociedade continua crendo que o portador de transtorno mental é, em sua essência, perigoso, que deve continuar apartado, especialmente nos momentos de crise (e, nesse caso, o Estado, por meio da Lei, forçou novas regras de comportamento social).

Na primeira hipótese, a Lei seria decorrência de um movimento de dentro para fora³⁷ – normatizando, por conseguinte, um comportamento já abraçado pela sociedade. Na segunda hipótese, a Lei seria utilizada como instrumento de controle social e, por meio dela, novas regras de comportamento seriam impostas para a sociedade (em um movimento de fora para dentro, estaria o Direito materializando os interesses de uma minoria privilegiada) – hipótese na qual o conseguinte apoio da sociedade será fundamental para lhe conferir eficácia (tirando, com isso, o dispositivo legal da condição de “mera folha de papel”)³⁸.

No que tange à política de alta planejada, convém salientar que, em se tratando da internação voluntária, dependerá da solicitação escrita do próprio

³⁷ Como exemplo de movimento de dentro para fora pode-se citar a Lei Nacional nº 13.104 (BRASIL, 2015) – conhecida como a lei do feminicídio – voltada para a instituição de tratamento mais rigoroso para o homem que incorrer no assassinato de mulheres, exclusivamente pelo fato de serem mulheres.

³⁸ Analogia à expressão utilizada por Ferdinand Lassalle, na obra *A Essência da Constituição*, ao defender que a força normativa – necessária para fazer da Constituição formal (escrita) uma Constituição material (real) – provém do somatório dos fatores reais de poder.

paciente ou da determinação do médico (art. 7º, parágrafo único, Lei Nacional nº 10.216) (BRASIL, 2001a). Em se tratando da internação involuntária, dependerá da solicitação escrita do familiar, do responsável legal ou do especialista responsável pelo tratamento (art. 8º, §2º, Lei Nacional nº 10.216) (BRASIL, 2001a). Em se tratando da internação compulsória, dependerá da avaliação da Equipe de Desinstitucionalização (vide art. 5º, inciso XII, da Portaria nº 2.840) (BRASIL, 2014d).

Saliente-se, ainda, que a alta hospitalar do paciente dependerá do resultado da avaliação que, feita por equipe multidisciplinar, optará pelas estratégias mais adequadas e ponderará sobre os riscos potenciais (considerados os aspectos físicos, psicossociais e econômicos) e sobre o ambiente familiar (vide art. 166, parágrafo único, da Portaria de Consolidação nº 3) (BRASIL, 2017c). A internação psiquiátrica, por sua vez, somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial (vide Título IV, art. 65, da Portaria de Consolidação nº 3) (BRASIL, 2017c).

Nesse contexto, a política de alta planejada se dará conforme disposto na Portaria nº 52 (BRASIL, 2004c): “[...] de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário. [...]” (BRASIL, 2004c) – vide o estabelecimento de módulos assistenciais de atendimento hospitalar (ponto 4 do anexo da Portaria nº 52).

Também o capítulo III da Portaria de Consolidação nº 3 (BRASIL, 2017c) dispôs sobre a alta hospitalar responsável, que visa a “preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social” (BRASIL, 2017c).

No que diz respeito à política de reabilitação psicossocial assistida, eis que a mesma é perseguida através do acesso ao trabalho³⁹, renda e moradia solidária (vide art. 4º, inciso IV, Anexo V, da Portaria de Consolidação nº 3) (BRASIL, 2017c), sendo o acesso ao trabalho e renda buscado por meio de empreendimentos solidários, coletivos e autogestionários e de cooperativas sociais (art. 12 da Portaria

³⁹ O ponto 2, da Portaria de Consolidação nº 3 (BRASIL, 2017c), define que “É necessário visualizar o trabalho como um espaço de construção de sujeitos e de subjetividades, um ambiente que tem pessoas, sujeitos, coletivos de sujeitos, que inventam mundos e se inventam e, sobretudo, produzem saúde”.

nº 3.088) (BRASIL, 2011b) – nesse sentido os Projetos de Inclusão Social pelo Trabalho, voltados para as pessoas acometidas de transtorno mental.

Já o acesso a moradia solidária é viabilizado por meio dos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs⁴⁰, voltados para acolher pacientes com longo tempo de internação e egressos de hospitais psiquiátricos e de hospitais de custódia (vide art. 78 da Portaria de Consolidação nº 3) (BRASIL, 2017c).

Acrescente-se, ainda, a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), com vistas a conscientizar a comunidade quanto aos cuidados que requerem as pessoas acometidas de transtorno mental e usuárias de álcool, crack e outras drogas (alvo do art. 8º da Resolução CIB nº 139) (BAHIA, 2018b); a instituição do auxílio-reabilitação psicossocial, voltado para a assistência, acompanhamento e integração social fora das unidades hospitalares (alvo do art. 1º da Lei Nacional nº 10.708) (BRASIL, 2003a); o trabalho desenvolvido pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), especialmente no que diz respeito a construção conjunta de projetos terapêuticos e educação permanente (Portaria nº 2.488) (BRASIL, 2011a); o trabalho desenvolvido pelo Comitê de Mobilização Social, especialmente quanto à ampliação do envolvimento da sociedade civil na discussão voltada para a inclusão social dos indivíduos alvos da lei antimanicomial e os Centros de Convivência e Cultura, na qualidade de espaços de sociabilidade e inclusão.

Quanto ao tempo de internação, tem-se o art. 3º, parágrafo único, da Portaria nº 2.840 (BRASIL, 2014d), estabelecendo que o que um longo tempo de hospitalização representa um período de internação superior a um ano ininterrupto.

Especificamente no que diz respeito aos pacientes do HCTP (indivíduos que, acometidos de transtorno mental, cometeram o injusto penal e foram designados para cumprir medida de segurança de internação), note-se a redação dos seguintes dispositivos:

Os pacientes com longo tempo de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, que apresentem quadro clínico e/ou neurológico grave, com profunda dependência institucional e sem suporte sócio-familiar,

⁴⁰ Conforme o Anexo 4 da Portaria nº 3.588 (BRASIL, 2017b), os Serviços Residenciais Terapêuticos “Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade” com a função de garantir “o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares”. O SRT tipo I é voltado para os indivíduos sem vínculos familiares e sociais; enquanto que o SRT tipo II é mais específico para indivíduos com maior grau de dependência, que requerem cuidados intensivos e que demandam apoio técnico permanente. Cada módulo residencial fará jus a até cinco cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem.

deverão ser objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (art.5º da Lei), beneficiados com bolsas de incentivo à desinternação e inseridos em serviços residenciais terapêuticos. (Ponto 16, da Resolução n. 5 do CNPCP). (BRASIL, 2004a).

O paciente judiciário há longo tempo internado em cumprimento de medida de segurança, ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será encaminhado para política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, conforme previsão no art. 5º da Lei 10.216, de 2001. (Art. 5º, da Resolução n. 4 do CNPCP). (BRASIL, 2010).

Trata-se de Resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária (CNPCP) que versam sobre a alta planejada e a reabilitação psicossocial assistida para pacientes do HCTP, os quais – ainda que apresentem “quadro clínico e/ou neurológico grave, com profunda dependência institucional e sem suporte sócio-familiar” – farão jus a “bolsas de incentivo à desinternação” (BRASIL, 2004a) e a Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Além disso, no que tange à adoção da política antimanicomial, o CNPCP – através da Resolução nº 4 (BRASIL, 2010) (art. 1º, §2º, caput e incisos I a V) – também estabeleceu que:

Devem ser também respeitadas as seguintes orientações:

I - Intersetorialidade como forma de abordagem, buscando o diálogo e a parceria entre as diversas políticas públicas e a sociedade civil e criando espaços e processos integradores de saberes e poderes;

II - Acompanhamento psicossocial contínuo, realizado pela equipe interdisciplinar que secretaria o transcurso do processo e oferece os recursos necessários para a promoção do tratamento em saúde mental e invenção do laço social possível compartilhando os espaços da cidade, bem como realiza a coleta de subsídios que auxiliem na adequação da medida judicial às condições singulares de tratamento e inserção social;

III - Individualização da medida, respeitando as singularidades psíquicas, sociais e biológicas do sujeito, bem como as circunstâncias do delito;

IV - Inserção social, que promove a acessibilidade do sujeito aos seus direitos fundamentais gerais e sociais, bem como a sua circulação na sociedade, colocando-o de modo responsável para com o mundo público;

V - Fortalecimento das habilidades e capacidades do sujeito em responder pelo que faz ou deixa de fazer por meio do laço social, através da oferta de recursos simbólicos que viabilizem a ressignificação de sua história, produção de sentido e novas respostas na sua relação com o outro.

Saliente-se que o acompanhamento psicossocial contínuo (alvo do inciso II acima) é parte do programa de atendimento ao paciente acometido de transtorno mental e se baseia na avaliação e na adoção de medidas terapêuticas (vide art. 1º da Resolução CNPCP nº 1) (BRASIL, 2014a) – relevantes para o êxito da desinstitucionalização e para o convívio em sociedade (especialmente se se deseja

desconstruir a ideia de que todo paciente saído do hospital de custódia é necessariamente perigoso).

E tendo em vista que o objetivo desse estudo se voltou para a análise da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, tomando como base o HCTP de Salvador, partiu-se para, antes disso, analisar as causas que levaram à institucionalização do paciente portador do transtorno mental.

3 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL

A loucura, como fator de exclusão, assim se institucionalizou como decorrência da construção histórica, política, econômica e cultural de uma época na qual o sentimento de impotência – frente ao indivíduo pouco compreendido, por vezes agressivo, de difícil ou de nenhum controle e que, por ausência de freios, se torna capaz de qualquer feito – justificava o cerceamento da liberdade.

Acrescente-se, ainda, que a exclusão não era restrita aos indivíduos acometidos de transtorno mental, visto ter sido erigida como o meio mais conveniente de lidar com todos os tipos considerados indesejáveis para o convívio. Assim, veja-se Lisboa (2013, p.141):

Como forma de justificar sua institucionalização (pela via da exclusão), a mendicância passou a ser considerada perigo social frente ao crescimento populacional dos miseráveis. Seus costumes e hábitos foram considerados como desordenados, sem lei, religião ou autoridade.

Interessante mencionar que as justificativas conferidas para a exclusão das pessoas em situação de mendicância se aplicam, igualmente, para os portadores de transtorno mental – que também apresentaram crescimento populacional e foram considerados com costumes e hábitos desordenados, sem lei, religião ou autoridade. Justificativas, essas, que, frise-se, foram determinantes para o recebimento do rótulo de perigo social e para a consequente prática do encarceramento e da exclusão.

Em se tratando da mendicância, cabe destacar que a mesma – muito além de um rótulo – esteve tipificada no art. 60 do Decreto-Lei nº 3.688 (BRASIL, 1941b) (Lei das Contravenções Penais) até o ano de 2009. Antes de o referido artigo ser revogado pela Lei Nacional nº 11.983 (BRASIL, 2009a), o ato de mendigar, fosse por ociosidade ou cupidez, era causa de prisão simples – com duração de quinze dias a três meses, podendo ser aumentada de um sexto a um terço se praticada de modo vexatório, ameaçador ou fraudulento; mediante simulação de moléstia ou deformidade; ou em companhia de alienado ou de menor de dezoito anos.

Note-se que a seleção das condutas passíveis de criminalização primária⁴¹ (tipificação em lei) e de criminalização secundária (aplicação da sanção pelo Estado) acabam sendo alvo do poder econômico e uma evidência de como o Direito Penal pode se valer da seletividade, com vistas à manutenção do *status quo* (ou seja, das coisas como estão), é que a criminalização dificilmente adentra o universo daqueles que detêm o poder – se ocupando tão somente dos que podem lhes configurar uma ameaça (um perigo social).

Afinal, “a discriminação no exercício do poder punitivo é uma constante derivada de sua seletividade estrutural.” (ZAFFARONI, 2014, p. 81). Seletividade, esta, que, frise-se, recai sobre todos aqueles que, por alguma razão, a sociedade deseja excluir do convívio social – os quais se poderia denominar de inimigos, assim:

Os *inimigos* não se circunscreviam aos *criminosos graves*, mas também incluíam os *indesejáveis* (pequenos ladrões, prostitutas, homossexuais, bêbados, vagabundos, jogadores etc.), caracterizados desde muito antes como *classes perigosas* e depois batizadas como *má vida* e tratadas na literatura com pretensões de trabalhos de campo. Para eles se destinavam penas sem delito (medidas detentivas policiais ilimitadas). (ZAFFARONI, 2014, p. 94, grifos conforme o original).

De acordo com o autor em comento, caberiam às “*classes perigosas*” (aquelas ditas com má reputação) as penas, ainda que inexistente a infração penal. E, note-se, o perigo emanado de tais classes não seria decorrência, necessariamente, do cometimento de relevantes infrações penais, mas, sim, decorrência direta de serem exatamente quem são: indesejáveis para o convívio em sociedade.

E uma vez que o rótulo de indesejável passou a ser suficiente para justificar a criminalização primária, ficou evidenciada a seletividade perversa praticada por restritos grupos políticos e econômicos no poder. Cita-se, assim, outra passagem do eminente jurista argentino, a saber:

Como os mestiços eram *menos domesticáveis* que os nativos puros, desestimulou-se a mestiçagem (*apartheid*) e os mestiços existentes foram considerados *desequilibrados* (degenerados morais). O discurso penal tratou os nativos como inimputáveis (assimilando-os lombrosianamente às

⁴¹ “A criminalização primária é a realizada pelos detentores do poder, congressistas devidamente situados em determinada classe, muitas vezes apoiados por grupos com interesses bem delineados (agronegócio, instituições financeiras, templos, grandes empresas), cujos interesses invariavelmente se traduzem na escolha dos bens jurídicos a serem tutelados pela norma penal, bem como na escolha dos parâmetros de pena para a hipótese”. (FRASSETO; VAY, 2015).

crianças e aos selvagens) e os mestiços como *loucos morais* em potencial. Deste modo, racionalizava-se sua exclusão e convertiam-se os mais rebeldes em inimigos (*selvagens*, inimigos da *civilização*, do *progresso* etc.). (ZAFFARONI, 2014, p. 47, grifos conforme o original).

Eis que o trecho remonta ao período colonialista e à dificuldade, encontrada pelo grupo dominante, de “domesticar”⁴² os nativos da região – principalmente se descendem da mistura de raças. Note-se que, já à época, a estratégia versou sobre a desqualificação de tais indivíduos – que, uma vez rotulados de loucos e desequilibrados, seriam ‘justificadamente’ segregados do convívio social. Destaque-se, ainda, que a pecha de inimigos coube aos mais rebeldes que, devido a sua força e ideologia, precisavam ser contidos e neutralizados.

Ressalte-se que o conceito de inimigo do Estado é, na sua essência, uma forma explícita de discriminar todos aqueles que se mostrem resistentes à engrenagem político-econômica do momento. E ante um cenário que é dinâmico, também o será a pessoa do inimigo – que, face ao atual direcionamento do Direito Penal, para fins de política criminal, terá o crivo da sociedade voltado para o seu grau de periculosidade. E, nesse sentido:

Como ninguém pode prever exatamente o que qualquer um de nós fará no futuro – nem sequer nós mesmos –, a incerteza do futuro mantém em aberto o juízo de periculosidade até o momento em que quem tem o poder de decisão deixe de considerá-lo *inimigo*. Assim, o *grau de periculosidade* do inimigo dependerá sempre, na medida em que o poder real o permitir, do juízo subjetivo do individualizador. [...] (ZAFFARONI, 2014, p.162, grifos conforme o original).

Tem-se, então, que fica nas mãos do detentor dos poderes político e econômico definir quem a sociedade deve considerar como inimigos e até quando. E, acrescente-se, que, conforme a teoria do controle social, “as pessoas têm uma tendência a delinquir, que se consumará salvo se existir algum motivo que as impeça, motivos que têm a natureza de controles sociais informais.” (MAÍLLO, 2013, p. 289)⁴³ – a exemplo da vigilância no seio da família. Acrescente-se a isso o fato de os indivíduos acometidos de transtorno mental ainda estarem vivendo em seus

⁴² Conforme Rousseau (2017, p. 43): “[...] É assim com o próprio homem: tornando-se sociável e escravo, ele se torna fraco, medroso e rasteiro, e sua maneira de viver, lânguida e afeminada, acaba tirando ao mesmo tempo sua força e sua coragem [...]”.

⁴³ Observe-se na citação do autor que enquanto o controle formal é aquele exercido pelo Estado (por meio de normas legais), o controle informal é aquele praticado por outros mecanismos, a exemplo da sociedade, da família, da igreja, da escola.

estados naturais, gozando de total liberdade de ação, e é possível entender como a seletividade pode ser perversa com tal parcela da população.

3.1 A PERICULOSIDADE COMO JUSTIFICATIVA PARA A EXCLUSÃO

A periculosidade tem sido utilizada, especialmente em se tratando do portador de transtorno mental, como justificativa para a prática da exclusão – afinal, consoante Cetolin (2011, p. 36), “A suposta ‘imprevisibilidade’ do louco reforça o estigma da periculosidade, da ameaça latente, que há qualquer momento pode personificar o pior pesadelo da sociedade: um parricídio, um homicídio em massa, um assassino em série”. E, nesse sentido, a periculosidade, conforme Delmanto *et al.* (2016, p. 345), deve ser entendida como sendo “a probabilidade (não mera possibilidade) de o sujeito tornar a praticar crimes diante de suas condições psiquiátricas”. Periculosidade, esta, que, na contribuição de Nucci (2017, p. 659-660):

[...] pode ser real ou presumida. É real quando há de ser reconhecida pelo juiz, como acontece nos casos de semi-imputabilidade (art. 26, parágrafo único, CP). Para aplicar uma medida de segurança ao semi-imputável o magistrado precisa verificar, no caso concreto, a existência de periculosidade. É presumida quando a própria lei afirma, como ocorre nos casos de inimputabilidade (art. 26, *caput*, CP). Nesse caso, o juiz não necessita demonstrá-la, bastando concluir que o inimputável praticou um injusto (fato típico e antijurídico) para aplicar-lhe a medida de segurança. [...].

Ressalte-se, ainda, que, para Covelli (2010, p. 77):

Este concepto vale también para aquél que no cometió ningún delito, pero que reúne las condiciones para prever que pueda cometerlo em cualquier momento, es lo denominado peligrosidad predelictual, en contrario al que lo cometió que constituiría la peligrosidad delictual. [...].

No que tange especificamente à doença mental – e de como ela influi no indivíduo, tornando-o apto para a prática da violência – eis a contribuição dos autores e psiquiatras forenses, Valença e Moraes (2006, p. 563), em artigo publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria:

A violência cometida por indivíduos com transtornos mentais graves tem se tornado um crescente foco de interesse entre médicos, autoridades policiais e população em geral. Diversos estudos na última década têm mostrado uma associação entre transtornos mentais e comportamento violento.

Salientam os referidos autores que tal constatação tomou como base os indivíduos que, portadores de transtorno mental, praticaram homicídio – considerado esse a “expressão mais grave da violência”. (VALENÇA; MORAES, 2006, p. 563). Ainda, assim, ressaltaram a pouca representatividade dos países em desenvolvimento nessa análise, devido aos escassos estudos sobre a relação entre os portadores do distúrbio e a prática do homicídio.

Em se tratando da esquizofrenia, e de como a mesma pode pôr em risco terceiros, os psiquiatras Uchôa e Toledo (1944) desenvolveram estudo tomando como base o Hospital de Juqueri e o Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo. No referido estudo, os psiquiatras destacaram quatro casos a saber:

- No (caso 1), datado de 01/08/1936, A. B. procurou J. B. G. com vistas a combinar reparos a serem feitos na casa desse. Feita a vistoria, tomaram uma xícara de café e A. B. foi embora. Momentos depois, já em sua casa, A. B. se sentiu mal e tomou um laxante. Seu estado de saúde piorou e o fez consultar um médico. Desconfiado de que J. B. G. colocou algo no seu café, A. B. o agrediu com uma navalha e foi detido em seguida.
- No (caso 2), J. M. S. dançava com a menor B. A. na noite de 24/01/1935, quando foi inesperadamente agredido por A. D. com uma navalha. A. D. retornou para casa e dormiu e, quando de sua declaração, alegou ter praticado o injusto penal pois “a vítima dançava de modo inconveniente”.
- No (caso 3), M. O. F., na noite de 10/12/1934, “pediu pouso e alimentação na Fazenda “Iguatemizinho”, em Monte Santo, comarca de Mogi-Mirim”. Começou a trabalhar na roça e foi repreendido algumas vezes pelo administrador da fazenda. Na manhã do dia 12/12/1934, M. O. F. fez uso de uma enxada e matou o administrador da fazenda e, com o canivete que se encontrava no bolso do morto, cortou uma de suas orelhas, levando-a consigo. Foi pego no dia seguinte, já em outra fazenda e, em sua declaração, alegou ter ouvido da vítima “que era bom guardar orelhas dos outros no bolso”. Dias depois foi internado no Manicômio Judiciário.
- No (caso 4), T. S. – diagnosticado com esquizofrenia “(desorientação, distúrbios afetivo-volitivos com grande indiferença ao meio e, por vezes, atos extravagantes, alucinações auditivas contendo delírio persecutório)” – desferiu, na madrugada de 05/12/1929, um tiro de revólver no ouvido direito

de S. K., seu companheiro, enquanto esse dormia. Alegou que S. K. o tinha ameaçado de morte.

Saliente-se que em todos os quatro casos os indivíduos, que praticaram injustos penais (na qualidade de lesões corporais e de homicídios qualificados), sofriam de esquizofrenia.

E como casos mais recentes – ocorridos já sob a égide da Lei de Reforma Psiquiátrica brasileira – têm-se os seguintes:

No primeiro deles – TJ/SP AC 1000644-67.2018.8.26.0333 (SÃO PAULO, 2018) – Henrique Zamboni, portador de esquizofrenia e também usuário de crack, agrediu, em 22/05/2016, Francolino Dias com uma barra de ferro, quando esse transitava pela rua Teófilo Honório, em Macatuba/SP. Em função do ataque, Dias sofreu traumatismo cranioencefálico grave, fratura parietal esquerda com afundamento, associada a contusão hemorrágica profunda e hemorragia subaracnóidea traumática. E mesmo tendo sido submetido a cirurgia neurológica, Dias apresenta quadro compatível com sequela de traumatismo craniano grave – o que lhe ceifou o exercício das atividades habituais, em especial no que concerne à capacidade de fala e deambulação.

Ressalte-se, ainda, que foi objeto do processo o fato de Zamboni já ter estado em internação por diversas vezes e que, a despeito de seu histórico de violência contra a mãe e o padrasto, havia sido liberado pela equipe médica em razão de suposta impossibilidade de internação definitiva⁴⁴. Acrescente-se que prova produzida no processo apontou que a troca da medicação pode ter causado o surto que levou Zamboni a praticar o ilícito penal.

O segundo caso – TJ/PR, Recurso de Agravo nº 0000015-57.2019.8.16.0009 (PARANÁ, 2019) – trouxe a história de Elias César – indivíduo que, dependente grave do álcool, viu a sua doença evoluir para uma deterioração cognitiva e quadro de desorientação temporo-espacial.

César chegou a ser detido em pelo menos três ocasiões, todas envolvendo casos de abuso sexual. A primeira foi na década de 1990, onde foi encaminhado ao

⁴⁴ Observe-se que, conforme o Código Penal/1940, a internação deverá durar pelo tempo em que vigorar a periculosidade do indivíduo; e a Constituição Federal/1988, veda a pena de caráter perpétuo. Note-se que uma análise do CP, à luz da CF, desponta dois entendimentos possíveis: (a) a medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo aplicável para as penas restritivas de liberdade, que é de trinta anos; e (b) a medida de segurança deve ter como parâmetro o limite máximo da pena cominada para o mesmo fato previsto como crime – possibilidades que encontram amparo nos julgados dos Tribunais Superiores.

Complexo Médico Penal em 1994, permanecendo na instituição até 1999. A segunda vez foi por dois estupros cometidos em 2001 e 2002, sendo novamente encaminhado para o Complexo Médico Penal em 2003, permanecendo até 2014, após ser liberado em um mutirão carcerário. Após a última liberação, César foi residir no município de Cascavel, na casa de uma de suas irmãs. “Afirmou que em 12/07/2015 atacou e estuprou a sua mãe, a Sra. Maurília, na época com 71 anos de idade, após terem uma discussão”. Entende-se que não está cessada a periculosidade do paciente e, assim, o parecer, quanto ao levantamento da sua medida de segurança, foi negado.

Observe-se que os dois julgados trataram de pacientes que, colocados em liberdade, reincidiram na prática do ilícito penal – fato que reforça a necessidade de examinar o contexto no qual a política específica de alta planejada vem sendo entendida e colocada em prática.

Diz-se isso pois é sabido que a política de alta planejada exige considerar previamente os riscos potenciais envolvidos na soltura do paciente (de modo a fazer acontecer a alta hospitalar responsável). E, nesse contexto, chama a atenção o fato de não haver menção, em nenhuma das Ações, quanto ao referido relatório – ao invés disso tem-se a informação de que a equipe médica liberou Zamboni por entender que a internação não podia se dar em caráter definitivo; e que um mutirão carcerário foi responsável pela soltura de César.

Importante frisar que a análise prévia dos riscos potenciais não é garantia de que o paciente não reincidirá na prática do ilícito – mas a sua existência serve para embasar a decisão da equipe médica e atestar o comprometimento dessa com o paciente e com a sociedade. E, em se tratando de Zamboni e de César, o que se verificou foi uma sucessão de decisões que, sem o devido amadurecimento, resultaram na soltura de pacientes sem a condição para o convívio social.

Decisões que, diga-se, deveriam ter levado em consideração o histórico de Zamboni (portador de esquizofrenia, usuário de crack, violento inclusive com a mãe e o padrasto) e de César (internado por diversas vezes, totalizando dezesseis anos de medida de segurança, em razão da prática de abuso sexual) com vistas a uma avaliação mais técnica a respeito da probabilidade⁴⁵ da reincidência.

⁴⁵ Referência a Delmanto *et al.* (2016, p. 345) que definem a periculosidade como “a probabilidade (não mera possibilidade) de o sujeito tornar a praticar crimes diante de suas condições psiquiátricas”.

E ainda no tocante à relação entre o transtorno mental e a prática da violência, tem-se o resultado de estudos que, realizados por autores diversos, foram compilados por Marques-Teixeira (2000) e estão apresentados na forma do Quadro 18 abaixo:

Quadro 18 – Síntese de estudos sobre a relação entre doença mental e comportamento violento

Autores/Ano	Tipo de Estudo	Metodologia	Resultados
Swanson, Holzer, Ganju e Jono, 1990	Epidemiológico	Comparação entre pessoas com diagnósticos de doença mental e sem diagnósticos quanto à incidência de violência.	Incidência violência: 5 x > em doentes mentais graves (esquizofrenia; perturbação afetiva); 12 x > em alcoólicos; 16 x > em toxicodependentes. (dados controlados para os fatores demográficos)
Link <i>et al.</i> , 1992	Epidemiológico. Fatores controlados: demográficos, nível socioeconômico, escol., agregado fam., etnia, mob. Residencial, desejabilidade social	Comparação entre incidência de detenções e violência auto-referida numa amostra de adultos sem histórico de internação em Hospitais Psiquiátricos ou tratamento ambulatorial, com incidência de violência em amostras quer de doentes internados quer de doentes ambulatórios com perturbações mentais*. * Os autores interrogaram-se se o medo social desenvolvido em relação a estes sujeitos seria o responsável pelo fato de se tentar coagir ou controlar estes doentes e, deste modo, desenvolver violência por parte deles.	Com controle dos sintomas psicóticos, as diferenças entre doentes e não doentes desaparecem, relativamente à violência recente; a diferença entre incidência da violência depende do nível de sintomas psicóticos e não da “etiquetagem” como doente mental.
Hodgins, 1992	Estudo longitudinal de uma amostra comunitária (Suécia)	Incidência de crimes numa amostra não selecionada da população geral.	Doentes mentais graves ou débeis mentais tendem a cometer mais crimes do que os não identificados como tal.
Steadman, 1993	Follow-up	Risco de violência após alta hospitalar de doentes psiquiátricos.	27% - homens e mulheres cometem pelo menos 1 ato violento nos 4 meses imediatos à alta.
Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger e Engberg, 1996	Amostra de nascidos	ICD-8 (International Classification of Diseases = Classificação Internacional de Doenças).	Doentes mentais cometem mais crimes do que os não diagnosticados.

Fonte: Adaptado de Marques-Teixeira (2000, p.111).

Concluiu o referido autor que – embora os resultados apontem que os doentes mentais cometam mais crimes do que a população em geral – “não

significa, necessariamente, que haja uma maior vulnerabilidade destes doentes para a violência e, em consequência, para o crime violento”. (MARQUES-TEIXEIRA 2000, p. 112).

Buscando pautar tais condutas em uma racionalidade neuropsicológica⁴⁶ – afinal desde Lombroso⁴⁷ se almeja identificar aspectos (externos ou mesmo internos) que sejam comuns aos indivíduos que praticam a violência – Marques-Teixeira (2000, p.74) compartilhou que:

Um dos aspectos mais importantes relativamente a este modelo foi a sua fundamentação empírica que constitui um dos trabalhos mais extensos e consistentes feitos neste domínio. Os autores avaliaram mais de 2.000 criminosos entre 1971-1986 e classificaram-nos de acordo com este modelo. Verificaram que as disfunções inter-hemisféricas reveladas por criminosos psicopatas e criminosos com alterações depressivas eram semelhantes – disfunções nos lobos temporais e frontais – embora se distinguíssem pela lateralização dessas mesmas disfunções: o grupo de psicopatas apresentava um predomínio do hemisfério dominante, enquanto que o grupo de criminosos com perturbações depressivas apresentavam uma incidência de disfunções do hemisfério não dominante. Os resultados das investigações sugerem que os indivíduos com um comportamento criminal ou violento persistentes apresentam, em cerca de 80% dos casos, perfis neuropsicológicos anormais, com uma predominância do hemisfério dominante relativamente a controles normais. Relativamente aos psicopatas, a conclusão mais saliente dos estudos sugere que as disfunções se concentram no lobo frontal dominante e nos ofensores sexuais no lobo temporal dominante. Uma observação importante deste estudo foi o facto de os 4 grupos analisados apresentarem disfunções neuropsicológicas idênticas – fronto-temporais do hemisfério dominante – tendo sido sugerido pelos autores que essas disfunções se traduziriam em altos índices de impulsividade ou desinibição e não em mecanismos de medição do grande espectro de tendências comportamentais destes grupos. Relativamente aos delinquentes juvenis os dados estudados pelos autores sugerem que existe uma predominância de uma disfunção assimétrica bilateral anterior com predomínio do hemisfério não dominante.

Destaque-se que apesar de todo o avanço tecnológico – tornando possível, inclusive, que o mapeamento cerebral possa ser utilizado para auxiliar no tratamento de alguns tipos de transtornos mentais – a lógica do Direito (Penal) ainda se pauta na ação ou na omissão praticada pelo indivíduo (não sendo razoável, portanto,

⁴⁶ Consoante João Marques-Teixeira (2000, p. 139): “Uma das ligações entre a disfunção cerebral e o comportamento de tipo anti-social resultou de estudos sobre os efeitos de lesões cerebrais no comportamento de sujeitos normais. Um dos primeiros casos estudados e, talvez, dos mais dramáticos, foi o de Phineas Gage descrito por Harlow (1848). Após um acidente que lhe afectou o lobo frontal esquerdo desde a região orbital mediana até à área pré-central, Phineas Gage, que sobreviveu, desenvolveu uma alteração drástica da personalidade. Antes do acidente era um capataz dedicado e educado que não apresentava nenhum comportamento de tipo anti-social; após o acidente foi descrito como sendo impulsivo, irreverente, profano, obstinado, caprichoso e anti-social”.

⁴⁷ Cesare Lombroso (1835-1909), psiquiatra italiano e defensor do positivismo, entendia que os indivíduos que cometiam crime ostentavam os mesmos traços físicos.

antecipar a punição para aquele que, embora apresente disfunções nos lobos temporais, mantenha uma conduta pacífica para com os seus pares). Afinal, não há provas contundentes de que a existência da disfunção desencadeará, necessariamente, a prática de um ilícito penal, assim como não se sabe se há um gatilho que leva tais pessoas a praticarem o ilícito penal ou se tudo é fruto da coincidência das circunstâncias.

Importante salientar que a periculosidade também foi base para o Código Penal, de 1940, que, ao tratar da medida de segurança, dispôs que o tempo de internação, ou de tratamento ambulatorial, perduraria até a cessação da periculosidade (vide art. 97, §1º) e que a desinternação, ou a liberação, seria sempre condicional, devendo ser restabelecida a situação anterior se o indivíduo, antes do decurso de um ano, praticasse fato indicativo de persistência de sua periculosidade (vide art. 97, §3º).

Nesse contexto há que se destacar a Resolução nº 5 (BRASIL, 2004a), do Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária (CNPCP), que teve o propósito de adequar as medidas de segurança às disposições da Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a), e – com foco no respeito aos direitos humanos, na desospitalização, na superação do modelo tutelar e nos projetos de geração de renda – propiciar aos pacientes judiciários a reinserção em seu meio.

E igualmente importante foi a Resolução nº 4 (BRASIL, 2010), também do CNPCP, que recomendou a adoção da política antimanicomial para os pacientes judiciários e para a execução de suas medidas de segurança. Note-se que, no que diz respeito a reforma antimanicomial brasileira, o relatório da Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil elucidou que:

Supera-se, nestas experiências, a cessação de periculosidade como critério para a desinstitucionalização dos pacientes, e a rede extra-hospitalar de saúde mental, com seus dispositivos como os CAPS, residências terapêuticas, ambulatorios e Centros de convivência, passa a ser convocada para oferecer tratamento a estes cidadãos, antes excluídos da rede SUS. Este processo, ainda em curso, não se dá sem dificuldades. A construção de novas práticas para um segmento historicamente situado à margem, inclusive do Sistema de Saúde, encontra resistência na rede de atenção extra-hospitalar de saúde mental, na rede SUS em geral, nas comunidades de origem dos pacientes e nos órgãos de justiça, que, não raro, sugerem a reinternação de pacientes em manicômios judiciários mesmo na ausência de novo delito. (BRASIL, 2005a, p. 23).

Destaque-se que no relatório consta a cessação da periculosidade como critério para a desinstitucionalização – ficando essa, conforme a Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a) e as Resoluções CNPCP nº 5 (BRASIL, 2004a) e nº 4 (BRASIL, 2010), vinculada à existência prévia de uma política específica de alta planejada.

Importante também mencionar que o Código Penal, de 1940, considera inimputável⁴⁸ a pessoa que, por motivo de enfermidade mental, era incapaz de entender, no momento da ação, o caráter ilícito de sua conduta. Para tais indivíduos, ao invés de aplicar a sanção, o Código previu a medida de segurança e o tratamento médico-psiquiátrico. Note-se que de nada adiantaria punir criminalmente aquele que sequer tem a consciência de haver praticado um delito.

Nessa circunstância, e tendo em vista que o destino do portador de transtorno mental é retornar para a sociedade, tem-se no tratamento (agora aplicado através da rede extra-hospitalar de saúde e voltado para manter o indivíduo estabilizado e não dependente do sistema) a forma possível de praticar o controle social.

Destaque-se que aliado à manutenção do tratamento adequado devem estar a escuta ativa e o olhar vigilante de todos – especialmente no que tange aos comportamentos sexuais que fogem da normalidade, tais quais a pedofilia, a necrofilia e a zoofilia. Pois, uma vez que não há como alterar o estímulo sexual que tais pessoas desenvolvem, respectivamente, por crianças, cadáveres e animais há que se tratar, medicar e vigiar de maneira constante e permanente.

E no tocante à teoria do controle social, segundo a qual todas as pessoas têm tendência a delinquir, fez-se uma compilação da quantidade de crimes tentados e/ou consumados no Estado da Bahia, entre os anos de 2005 e 2019, cujo resultado se encontra resumido na Tabela 1 a seguir:

⁴⁸ É denominado inimputável o sujeito que, pela ausência de entendimento quanto à ilicitude de sua conduta, não pode ser responsabilizado por seus atos.

Tabela 1 – Crimes tentados e/ou consumados no Estado da Bahia (intervalo de 2005 a 2019)

Período	Crimes contra a pessoa ⁴⁹	Crimes contra o patrimônio ⁵⁰	Crimes contra a dignidade sexual ⁵¹	Crimes contra a Paz pública ⁵²	Crimes contra a fé pública ⁵³	Crimes contra a Adm. Pública ⁵⁴	Crimes praticados por particular contra a Adm. Pública ⁵⁵	Drogas ⁵⁶	Estatuto do Desarmamento ⁵⁷	Crimes de Trânsito ⁵⁸	Legislação específica / Outros ⁵⁹
Dez 2005	1.499	2.581	189	51	23	15	-	945	194	-	312
Jan a Dez 2006	3.012	6.570	1.242	97	74	26	-	2.354	455	-	1.128
Jan a Dez 2007	3.084	7.732	1.496	175	64	25	-	2.857	563	-	739
Jan a Dez 2008	3.128	7.754	1.596	231	54	17	4	3.034	656	-	356
Jan a Dez 2009	2.915	8.029	1.408	229	58	17	3	3.782	498	-	29
Jan a Dez 2010	2.981	8.030	1.546	274	67	7	18	4.630	496	-	66
Jan a Dez 2011	3.358	8.986	1.593	291	86	0	20	5.297	623	-	68
Jan a Dez 2012	3.188	9.000	1.705	390	153	5	12	6.667	696	-	115
Jun 2013	1.632	4.806	788	184	37	10	8	3.891	436	-	247
Jan a Dez 2014	3.072	7.619	1.401	274	171	46	41	6.344	1.071	39	131
Dez 2015	2.040	4.045	698	148	87	25	1	3.894	673	92	12
Jan a Dez 2016	3.624	7.226	1.171	345	81	29	35	6.138	956	53	41
Jan a Dez 2017	3.470	7.114	1.093	367	80	40	25	5.032	855	38	168
Jan a Dez 2018	5.513	10.340	1.899	679	137	41	31	9.382	1.921	113	416
Jan a Dez 2019	8.472	14.288	2.686	961	195	88	43	12.278	3.075	182	399

Fonte: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-analiticos/BA>

⁴⁹ Homicídio simples, culposo e qualificado; Lesão corporal; Violência doméstica; Outros.

⁵⁰ Furto simples e qualificado; Roubo simples e qualificado; Latrocínio; Extorsão; Outros.

⁵¹ Estupro; Atentado violento ao pudor; Estupro de vulnerável; Outros.

⁵² Quadrilha ou bando.

⁵³ Moeda falsa; Falsificação de papéis; Falsidade ideológica; Uso de documento falso.

⁵⁴ Peculato; Concussão e excesso de exação; Corrupção passiva.

⁵⁵ Corrupção ativa; Contrabando ou descaminho.

⁵⁶ (Leis 6.368/76 e 11.343/06): Tráfico (inclusive internacional) de drogas; Associação para o tráfico.

⁵⁷ (Lei 10.8206/03): Porte ilegal de arma de fogo de uso permitido; Disparo de arma de fogo; Posse ou porte ilegal de arma de fogo de uso restrito; Comércio ilegal de arma de fogo; Tráfico internacional de arma de fogo.

⁵⁸ (Lei 9.503/97): Homicídio culposo na condução de veículo automotor; Outros.

⁵⁹ (Leis 8.069/90, 2.889/56, 9.455/97 e 9.605/98).

Embora a Tabela 1 se refira a crimes⁶⁰ tentados e consumados no Estado da Bahia, observou-se a seguinte variação entre 2005 e 2019: +565,18% de crimes contra a pessoa; +553,58% de crimes contra e patrimônio; +1.421,16% de crimes contra a dignidade sexual; +1.884,31% de crimes contra a paz pública; +847,83% de crimes contra a fé pública; +586,67% de crimes contra a administração pública; +1.299,26% de crimes envolvendo drogas; +1.585,05% de crimes envolvendo porte e posse de arma de fogo; +127,88% de outros crimes.

Os crimes praticados por particular contra a administração pública só começaram a ser computados a partir de 2008 e de lá até 2019 registrou-se um aumento de 1.075%. Do mesmo modo, os crimes de trânsito somente passaram a ser computados a partir de 2014 e de lá até 2019 foi registrado um aumento de 466,67%.

Destaque-se, ainda, que, no período de 2005 a 2019, o percentual de indivíduos submetidos ao cumprimento de medida de segurança⁶¹, no HCTP de Salvador/BA, aumentou em 132,03% – conforme ilustrado na Tabela 3, (vide página 90).

Note-se que, no que diz respeito a reforma antimanicomial brasileira, o relatório da Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil (BRASIL, 2005c, p. 22-23) elucidou que:

[...] Estima-se que 4.000 cidadãos brasileiros estejam hoje internados compulsoriamente nos 19 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou Manicômios Judiciários em funcionamento no país.

[...] O Ministério da Saúde desde então vem apoiando experiências interinstitucionais extremamente bem sucedidas, que buscam tratar o louco infrator fora do manicômio judiciário, na rede SUS extra-hospitalar de atenção à saúde mental, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial.

Supera-se, nestas experiências, a cessação de periculosidade como critério para a desinstitucionalização dos pacientes. [...].

Eis, então, que, com o tratamento sendo realizado através da rede extra-hospitalar de saúde, é de se aguardar que aqueles quatro mil pacientes, que antes se encontravam em regime de internamento, sejam reavaliados por uma Equipe de Desinstitucionalização e, muito em breve, devolvidos para o convívio em sociedade

⁶⁰ Entenda-se por crime todo fato típico, ilícito e culpável – assunto que será abordado adiante.

⁶¹ O cumprimento de medida de segurança em HCTP é apropriado para os indivíduos que praticaram o injusto penal – assunto que será abordado adiante.

– e, para isso, se espera que haja, por parte do Estado, investimentos constantes voltados para o fortalecimento do SUS e, especialmente, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Tem-se, portanto, a desospitalização como uma pequena parte de um processo maior, que irá requerer do Estado: aprimorar, desenvolver e fortalecer a RAPS; investir na contratação e na capacitação de profissionais qualificados para atender, medicar e tratar os pacientes com transtornos mentais; ser uma referência no atendimento ao paciente, à família do paciente e à sociedade como um todo; ouvir os atores envolvidos, com vistas a aprimorar o processo, sanando as falhas que forem sendo reportadas.

E, se tudo isso caminhar bem, terá sido um grande passo em prol da desconstrução da ideia de que o indivíduo em sofrimento mental é necessariamente perigoso e, conseqüentemente, um risco para quem o rodeia.

3.2 A CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS PELA OMS

Em meados de 1948 – visando, entre outras coisas, a realização de pesquisas, o controle de surtos, a instauração de programas de prevenção e o tratamento de doenças – foi criada a Organização Mundial da Saúde (OMS). Tal organização, composta pelo esforço conjunto de diversos países, incluído o Brasil, vem trabalhando na uniformização da classificação e descrição de doenças⁶².

O DSM – sigla para *Diagnostic and Statistical Manual*, ou Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (MANUAL..., 2014) – vigora em todo o mundo e, especificamente no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), adota

⁶² De acordo com o Relatório Mundial da Saúde 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança: “As perturbações mentais e comportamentais são identificadas e diagnosticadas por métodos clínicos semelhantes aos utilizados nas afecções físicas. Esses métodos incluem uma cuidadosa anamnese colhida junto do indivíduo e de outros, inclusive da família; um exame clínico sistemático para definir o estado mental; e os testes e exames especializados que sejam necessários. Registraram-se, nas últimas décadas, avanços na padronização da avaliação clínica e aumentou a fiabilidade dos diagnósticos. Graças a esquemas estruturados de entrevistas, a definições uniformes de sinais e sintomas e a critérios padronizados de diagnóstico, é possível hoje em dia atingir um elevado grau de fiabilidade e de validade no diagnóstico das perturbações mentais. Os esquemas estruturados e as listas de verificação de sinais e sintomas permitem, aos profissionais de saúde mental, colher informações, usando perguntas padronizadas e respostas codificadas. Os sinais e sintomas foram definidos minuciosamente para permitir uma aplicação uniforme. Finalmente, os critérios de diagnóstico para perturbações mentais foram padronizados internacionalmente. Hoje em dia, é possível diagnosticá-las de forma tão fiável e precisa como a maioria das perturbações físicas comuns.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, p.51).

o critério conhecido como CID (sigla para *Classificação Internacional de Doenças*, posteriormente intitulada de *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*). (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

Embora já exista a versão onze da CID, a previsão é de que essa só entre em vigência no ano de 2022 – até lá permanecendo válida a versão dez, estruturada basicamente em (CAPÍTULO I) doenças infecciosas e parasitárias; (CAPÍTULO II) neoplasias; (CAPÍTULO III) doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; (CAPÍTULO IV) doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; (CAPÍTULO V) transtornos mentais e comportamentais; (CAPÍTULO VI) doenças do sistema nervoso; (CAPÍTULO VII) doenças do olho e anexos; (CAPÍTULO VIII) doenças do ouvido e da apófise mastoide; (CAPÍTULO IX) doenças do aparelho circulatório; (CAPÍTULO X) doenças do aparelho respiratório; (CAPÍTULO XI) doenças do aparelho digestivo; (CAPÍTULO XII) doenças da pele e do tecido subcutâneo; (CAPÍTULO XIII) doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; (CAPÍTULO XIV) doenças do aparelho geniturinário; (CAPÍTULO XV) gravidez, parto e puerpério; (CAPÍTULO XVI) algumas afecções originadas no período perinatal; (CAPÍTULO XVII) malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; (CAPÍTULO XVIII) sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório; (CAPÍTULO XIX) lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; (CAPÍTULO XX) causas externas de morbidade e de mortalidade e (CAPÍTULO XXI) fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

Tem-se, portanto, o capítulo V, da décima versão da CID, tratando dos transtornos mentais comportamentais – os quais se encontram subdivididos em: transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa; esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes; transtornos do humor; transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes; síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos; transtornos da personalidade e do comportamento do adulto; retardo mental; transtornos do desenvolvimento psicológico; transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência; e transtorno mental não especificado.

A classificação se mostra importante, pois a partir dela é possível traçar perfis comportamentais baseados na constância e na periodicidade dos surtos, nos tratamentos mais exitosos e nas medicações com maior aceitabilidade (e menos reações adversas).

No que tange ao processo de desinstitucionalização (dos indivíduos em sofrimento mental), a classificação dos tipos de transtornos mentais pode ser relevante especialmente para o direcionamento do tratamento mais adequado e para a determinação da frequência de comparecimento às consultas de controle.

3.3 O INJUSTO PENAL E A MEDIDA DE SEGURANÇA

Considere-se, para efeito desse estudo, que crime⁶³ é todo fato típico, antijurídico e culpável.

E, nesse contexto, entenda-se o fato típico como sendo toda ação ou omissão humana capaz de produzir um resultado tipificado pelo Direito Penal e que tem como subelementos: a conduta (exteriorização voluntária da vontade), o nexos causal (vínculo que liga a conduta praticada ao resultado obtido), o resultado (que pode provocar alterações no mundo exterior ou que simplesmente ameaça o bem jurídico tutelado) e a tipicidade penal (fato típico que afasta o princípio da insignificância).

A antijuridicidade, por sua vez, deve ser entendida como sendo toda conduta não socialmente justificada – que encontra excludente nas causas legais (estado de necessidade e legítima defesa); na causa supralegal (consentimento do ofendido); nas causas especiais (aborto terapêutico, aborto sentimental, injúria e difamação (nos limites do artigo 142, incisos I a III, do Código Penal)).

A culpabilidade, último elemento do crime, deve ser entendida como sendo o juízo de reprovação que justifica a aplicação da pena. Assim, para ser considerado culpado, o indivíduo precisa: ser imputável; estar consciente de estar praticando

⁶³ Nucci (2017, p. 105) elucida que “desde logo, cumpre salientar que o conceito de crime é artificial, ou seja, independe de fatores naturais, constatados por um juízo de percepção sensorial, uma vez que se torna impossível apontar a uma cultura, ontologicamente, qualificando-a de criminosa. Em verdade, é a sociedade a criadora inaugural do crime, qualificativo que reserva às condutas ilícitas mais graves e merecedoras de maior rigor punitivo. Após, cabe ao legislador transformar esse intento em figura típica, criando a lei que permitirá a aplicação do anseio social aos casos concretos”. [...]

uma conduta antijurídica (que, como tal, será passível de sanção); não ter tido a possibilidade de agir de modo diverso⁶⁴.

Sob essa ótica, o injusto penal será todo fato típico e antijurídico – se diferenciando do crime pela ausência do elemento culpabilidade.

E, tecnicamente, o indivíduo acometido de transtorno mental não pratica crime, mas sim o injusto penal. Isso porque ele é considerado inimputável ou semi-imputável, não tem (ou tem pouca) consciência quanto a ter praticado conduta ilícita e não se poderia exigir que tivesse agido de forma diversa.

Saliente-se que a inimputabilidade se traduz na impossibilidade de atribuir, a alguém, a responsabilidade pela prática de uma infração penal. De acordo com o Código Penal, de 1940, é inimputável e, como tal, isento de culpabilidade: menores de dezoito anos de idade (vide art. 27, *caput*, do Código Penal e 228 da Constituição Federal de 1988 – que ficam sujeitos ao Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8.069 (BRASIL, 1990) e indivíduos em situação de completa embriaguez (por álcool ou substância com efeitos semelhantes), decorrente de caso fortuito ou força maior (vide artigo 28, §1º, do Código Penal).

O Código Penal ressalva, ainda, que emoção, paixão, embriaguez voluntária ou desejada, embriaguez culposa ou fruto da imprudência e embriaguez que, embora proveniente de caso fortuito ou força maior, não retira do sujeito a plena capacidade de entender o caráter antijurídico da sua conduta e nem de se determinar não isentam da culpabilidade.

Ressalte-se que a constatação de que o injusto penal foi praticado autoriza o Estado a aplicar a medida de segurança – cabível para inimputáveis e/ou semi-imputáveis (estes, indivíduos que, mesmo acometidos de doença mental e/ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, eram, ao tempo da ação ou da omissão, capazes de entender a ilicitude de seus comportamentos).

Como definição da medida de segurança pode-se citar as seguintes:

[...] uma espécie de sanção penal, com caráter preventivo e curativo, visando a evitar que o autor de um fato havido como infração penal, inimputável ou semi-imputável, mostrando periculosidade, torne a cometer outro injusto e receba tratamento adequado. [...] (NUCCI, 2017, p. 653).

também, sanções penais, por vezes assumindo caráter mais gravoso do que as próprias penas, dada a severíssima restrição à liberdade da pessoa internada, sendo impostas como decorrência do poder de coação estatal

⁶⁴ Está-se adotando aqui a teoria finalista – a mesma adotada pelo Código Penal de 1940.

(*ius puniendi*), em razão da prática, devidamente comprovada, de um fato penalmente típico e antijurídico, por uma pessoa considerada inimputável ou semi-imputável. [...]. As medidas de segurança diferem, porém, das penas, principalmente pela natureza e fundamento. Enquanto as penas têm caráter retributivo, de prevenção geral e especial, segundo o nosso CP, e se baseiam na culpabilidade (cf. comentários aos arts. 33 e 59 do CP), as medidas de segurança têm função exclusiva de prevenção especial e encontram fundamento na periculosidade do sujeito, denotada pela prática de uma conduta típica e ilícita (se um inimputável, p.ex., matar em legítima defesa, a ele jamais poderá ser imposta medida de segurança, ainda que algum laudo médico o considere como sendo pessoa “perigosa”). (DELMANTO *et al.*, 2016, p. 345).

Em termos práticos, admitida a observância do devido processo legal, caberá à perícia concluir sobre a existência da inimputabilidade ou da semi-imputabilidade do agente: no primeiro caso, o magistrado tende a absolver o réu, ao tempo em que lhe impõe uma medida de segurança (procedimento denominado de absolvição imprópria); no último caso, caberá ao magistrado, depois de transcorrido o processo e a condenação, analisar se é caso de aplicar uma medida de segurança ou se é cabível a aplicação da pena diminuída de um terço a dois terços. Atente-se que os autores acima citados fizeram menção à importância de se mensurar o grau de periculosidade do agente que pratica o injusto penal.

E, em se tratando da aplicação de uma medida de segurança, há que se salientar que são duas as suas espécies: a medida de segurança detentiva (em referência à internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, na falta desse, em outro estabelecimento adequado (vide art. 96, inciso I, do Código Penal, de 1940) e a medida de segurança restritiva (em referência a sujeição a tratamento ambulatorial (vide art. 96, inciso II, Código Penal, de 1940).

Consoante o art. 26 do Código Penal, de 1940: “Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação. Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”. Convém salientar que apesar de a internação se aplicar tão somente para os casos reputados graves, vigora a presunção absoluta⁶⁵ quanto a periculosidade do inimputável.

Ressalte-se, ainda, que embora o Código Penal preveja que a internação e o tratamento ambulatorial devem durar pelo tempo em que vigorar a periculosidade do

⁶⁵ Diz-se presunção absoluta, pois, conforme o art. 26, *caput*, do Código Penal, de 1940, “É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

agente (vide art. 97, §1º), tal preceito não encontra compatibilidade com a Constituição Federal, que veda penas de caráter perpétuo (art. 5º, inciso XLVII, alínea “b”). Diz-se isso porque assim como na pena, a medida de segurança é imposta ao indivíduo, cerceando o seu querer e, na maioria dos casos, a sua liberdade.

Note-se que a medida de segurança, detentiva ou restritiva, continuava sendo uma forma de controle social – por meio da qual os indivíduos com transtorno mental eram identificados e conduzidos ao tratamento mais adequado, de modo a não colocarem em risco as pessoas e a ordem econômica.

3.4 A DESCONSTRUÇÃO QUE ANTECEDE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Conforme menções anteriores, a desinstitucionalização é processo complexo que extrapola a desospitalização e o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Seu desenrolar exitoso requer – de um lado – a efetivação de políticas consistentes de saúde, voltadas para o cuidado e para a humanização no tratamento dos indivíduos com transtorno mental e usuários de substâncias psicoativas e – de outro lado – o amparo às famílias desses pacientes e à sociedade em geral. Processo esse que, diga-se, envolve uma verdadeira quebra de paradigmas (tornando visível o que até então se fazia questão de não enxergar), uma mudança de cultura (para além de preconceitos) e a desconstrução de valores que em nada contribuem para a integração e para o convívio entre os diferentes.

E eis que nesse contexto pairam as noções de periculosidade do indivíduo, da seletividade do Direito Penal, da figura do inimigo do Estado, do etiquetamento social, da exclusão como forma de tratar os indesejáveis – todas formas de construção perversas que têm como única finalidade a preservação de interesses de grupos economicamente privilegiados.

Saliente-se que a mendicância esteve tipificada como contravenção penal até o ano de 2009 e, embora possa continuar sendo malvista pela sociedade em geral, é certo que deixou de estar passível de aplicação de pena.

E em uma analogia forçada – partindo do princípio de que, tecnicamente, a medida de segurança não é pena, mas sim tratamento – buscou-se, através da Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a), devolver a liberdade (de ir e vir) e a própria consciência cidadã àqueles acometidos de transtorno mental.

Nesse diapasão, no qual se espera provar que um tratamento seguro pode ser prestado, aos portadores de transtornos mentais, fora dos hospícios, chamam a atenção notícias tais quais:

(Caso 1) [...] Desmanchei o comprimido e dei a ele. Depois amarrei suas mãos com gaze. Nesse dia ele ficou sedado e amarrado por 24 horas. [...] A Promotoria me disse que fazer a contenção do meu filho poderia dar problema. Então que dê problema e tenha a repercussão necessária para conseguir ajuda para o meu filho, [...]. O poder público precisa rever suas políticas destinadas à saúde mental no Brasil. (SEM..., 2019) (Matéria veiculada no sítio eletrônico da UOL, em 06/10/2019).

(Caso 2) [...] De acordo com a irmã dele, a família faz todo o esforço possível para que ele permaneça em casa, mas, em muitas ocasiões, nem os calmantes são suficientes. “[...] Se a gente amarrar a perna dele na cama estaremos errados. Na casa [...] não tem eletrodomésticos porque ele quebra. Se você não deixar ele sair, por exemplo, ele se transforma. Ele foi esfaqueado no começo do ano e mesmo operado, deslocou o braço da minha mãe porque não queria entrar no banheiro para tomar banho e acabou empurrando-a”. [...] Para a família, a única forma de preservar sua integridade física é a internação. A profissional da área de saúde do Município explicou que [...] “A internação acontece para estabilizar o quadro agudo e a pessoa volta para a família e para a sociedade”. (FAMILIARES..., 2018). (Matéria veiculada no sítio eletrônico do Jornal Diário Corumbaense, em 05/07/2018).

(Caso 3) [...] “Meu guri me pulou, agrediu, colocou a mão dentro da minha boca. Foi o quando meu outro filho chegou e tirou ele de cima de mim, se não ele ia me matar”, relata. A dona de casa lamenta e chora ao falar da situação, “eu tenho que amarrar ele, porque eu estou sozinha e não posso fazer nada”. Eva contou que o filho já esteve internado no Bezerra de Menezes, mas teve alta e voltou para casa. Após a confirmação da denúncia, a Rádio Uirapuru, entrou em contato com o Secretário de Saúde, Luiz Artur Rosa Filho, e ele se comprometeu a fazer os encaminhamentos necessários para ajudar dona Eva. Ele explicou que quem faz a avaliação da necessidade ou não de internação destes pacientes é o Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS e que o procedimento pode levar de sete a dez dias. (MÃE..., 2015) (Matéria veiculada no sítio eletrônico da Rádio Uirapuru, em 25/06/2015).

(Caso 4) Um trágico crime chocou moradores do Bairro Jardim Leblon, na Região de Venda Nova, na manhã desta quinta-feira. Uma idosa de 78 anos foi assassinada com pelo menos 50 facadas pela própria filha, de 40 anos, que tem problemas mentais. Inicialmente, a suspeita negou o crime, mas após questionamentos da polícia, acabou confessando que esfaqueou a mãe. [...] “Ela recuperou a lucidez e disparou a chorar, alegando que teve uma 'visão' que o mundo iria acabar e, por isso, queria evitar o sofrimento da mãe”, completa Bonfim. (IDOSA..., 2013) (Matéria veiculada no sítio eletrônico do Jornal Estado de Minas Gerais, em 10/10/2013).

O (Caso 1) trouxe a história de um jovem de dezessete anos, diagnosticado com transtorno afetivo bipolar e depressão grave associada a sintomas psicóticos, que embora fizesse uso de medicamentos, estes, conforme a sua genitora, “já não surtiam os mesmos efeitos”. De comportamento agressivo, o jovem já havia tentado

se jogar da janela da escola e da janela do consultório médico. Sua mãe, não logrando êxito em conseguir vaga em hospital especializado e temendo pela vida do filho, chega a sedá-lo e a amarrá-lo nos momentos de crise. Através da Defensoria Pública, ela obteve liminar que obrigou o Estado do Mato Grosso – face à ausência de clínica pública – a arcar com o tratamento (por meio da eletroconvulsoterapia⁶⁶) do seu filho em uma clínica particular. Além de esperançosa com o resultado, a mãe do jovem ainda ponderou que o tratamento (no valor de R\$ 1.400,00 (um mil e quatrocentos reais) cada sessão) saiu mais barato para o Estado do que a internação (cerca de R\$ 70.000,00 (setenta mil reais)).

No (Caso 2), Sony Souza, com vinte e oito anos de idade, apresenta deficiência mental grave com alteração de comportamento e epilepsia. Ele residia com a mãe e o padrasto, fazia uso de medicação controlada e era atendido pelo CAPS II desde o ano de 2012 – contudo, passou a não concordar com a continuidade do tratamento. A família não encontrava meios de manter Sony em casa e os vizinhos não queriam que Sony saísse para a rua, daí passaram a feri-lo e a machucá-lo (ele chegou, inclusive, a ser esfaqueado, queimado com cigarro e ter os dentes quebrados). Com base em laudo (assinado por psiquiatra da rede pública em 2014), a família tentou a internação involuntária e a coordenadora do CAPS II lembrou que, com a nova política, a internação não podia se dar por tempo indeterminado.

O (Caso 3) trouxe a história de Robson, jovem de vinte e seis anos de idade, que sofria com grave transtorno mental. Sua genitora relatou que a medicação conseguia mantê-lo estável, contudo, o falecimento de seu esposo desencadeou nele um comportamento cada vez mais agressivo. Em seu último surto, Robson atacou sua mãe e o desfecho só não foi pior devido a intervenção de um dos seus irmãos. Morando sozinha com Robson, a mãe, temendo pela própria vida, se viu obrigada a amarrar o filho na cama. Cientes do acontecido, os vizinhos denunciaram a conduta da genitora para uma rádio da cidade – que conseguiu, através do Secretário de Saúde, agilizar nova internação temporária para Robson.

No (Caso 4), a filha, com quarenta anos de idade e diagnosticada com esquizofrenia, morava com sua genitora. Certo dia pediu ajuda para seu irmão que, ao chegar, já encontrou sua mãe caída, ensanguentada, com cerca de cinquenta

⁶⁶ Conforme a matéria veiculada, a eletroconvulsoterapia foi o único tratamento que resultou em melhoras para a qualidade de vida do jovem.

perfurações à faca por todo o corpo. Acionou a polícia e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que já encontrou a idosa sem vida. Para a polícia a filha confessou ter matado a própria mãe.

Observe-se que todos os quatro casos evidenciaram pontos falhos do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial: no (Caso 1), a genitora não conseguiu clínica pública para internar o filho em crise e se viu obrigada a sedá-lo e a amarrá-lo dentro de casa; no (Caso 2), transpareceu a não aceitação da sociedade que, obrigada a conviver, partiu para esfaquear, queimar com cigarro e até mesmo quebrar os dentes do indivíduo em sofrimento mental; no (Caso 3), a genitora que, após ser agredida pelo filho, foi cientificada de que nova internação demoraria de sete a dez dias para se fazer possível; no (Caso 4), a genitora que foi esfaqueada e morta pela filha.

E eis que tais casos – assim como tantos outros que tramitam na justiça e que são divulgados pelos mais diversos veículos de comunicação – acabam colocando em xeque o êxito do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Afinal, a última coisa que se espera é tomar ciência de que os indivíduos acometidos de transtornos mentais estão praticando livremente novos injustos penais (e, com isso, fazendo novas vítimas) ou mesmo sendo agredidos pelos demais membros da sociedade.

Nesse sentido, Sadigursky e Tavares (1998, p. 23-27), em artigo publicado na Revista Latino-Americana de Enfermagem, sinalizaram que as falhas evidenciadas na experiência da desinstitucionalização italiana devem servir de alerta para o Brasil. Assim:

[...] valem a pena serem analisadas, antes de nós nos lançarmos a ela, evitando que esses riscos também ocorram em nosso país. Exemplificando temos:

- A população de “doentes crônicos” continua internada em asilos.
- As Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPGs) são em número insuficientes para absorver a demanda de pacientes que requerem assistência e, estas estão situadas principalmente ao norte da Itália, região mais próspera do país.
- Há carência de serviços intermediários na comunidade.
- A família tem referido queixas, face ao estresse pelo “peso” de cuidar de pacientes crônicos em casa.
- A população psiquiátrica tem aumentado nas prisões porquê, os doentes mentais, sem moradia, ficam nas ruas, possibilitando a ação da polícia.
- Algumas instituições, continuam com o caráter asilar, apenas com “mudanças aparentes.”

E uma vez que na Itália foi constatado que a desinstitucionalização não se fez possível para os indivíduos com transtornos mentais severos; que mesmo na região mais próspera faltam vagas nos Hospitais Gerais; que, na ausência de local mais adequado, os indivíduos em sofrimento mental estavam sendo conduzidos para as prisões comuns; que está sendo tarefa árdua para as famílias cuidarem de seus pacientes crônicos e que a saída para algumas instituições foi, sem deixar transparecer, manter o caráter asilar cabe ao Brasil tomar as devidas precauções para evitar incorrer nos mesmos problemas.

E feitas essas considerações, partiu-se para analisar, de maneira mais concreta, o desenrolar do processo da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial no Estado da Bahia – tomando como base, para isso, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, situado em Salvador/BA.

4 UMA ANÁLISE DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL TOMANDO COMO REFERÊNCIA O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE SALVADOR/BA

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)⁶⁷ de Salvador – uma das unidades⁶⁸ prisionais da Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SEAP)⁶⁹ do Estado da Bahia – é o local para onde são enviados os indivíduos sujeitos ao cumprimento da medida de segurança de internação (indivíduos que praticaram o injusto penal e que, em decorrência de suas enfermidades, são considerados inimputáveis e/ou semi-imputáveis) e os indivíduos que, por determinação judicial, serão submetidos a perícia, custódia e tratamento.

Até meados do ano de 1973, o HCTP funcionou em uma ala do Hospital Juliano Moreira⁷⁰ e por conta da explosão na quantidade de asilados, acabou fazendo jus a sua sede⁷¹ própria.

Em 2003, já sob a égide da Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a), a informação de que a quantidade de internos estava bem acima do limite da capacidade do HCTP fez com que o Ministério Público da Bahia instaurasse inquérito civil com vistas apurar as condições da instituição. Embora todas as irregularidades apuradas justificassem a interdição imediata do Hospital de Custódia, ele era o único no Estado (e, por essa razão, o local para onde acabavam sendo conduzidos os pacientes dos demais municípios do Estado). Tal situação levou o Ministério Público a firmar, no ano de 2004, o Termo de Ajustamento de Conduta

⁶⁷ Denominação derivada do art. 25, da Lei estadual nº 6.074 (BAHIA, 1991)

⁶⁸ Atualmente a SEAP conta com as seguintes unidades prisionais (a) na capital e região metropolitana de Salvador: a Cadeia Pública de Salvador; a Casa do Albergado e Egresso; a Central Médica Penitenciária; o Centro de Observação Penal; a Colônia Penal de Simões Filho; a Colônia Penal Lafayette Coutinho; o Conjunto Penal de Lauro de Freitas; o Conjunto Penal Feminino; o Conjunto Penal Masculino de Salvador; a Penitenciária Lemos Brito; o Presídio de Salvador; a Unidade Especial Disciplinar; e o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; e (b) no interior: os Conjuntos Penais de Barreiras, Brumado, Eunápolis, Feira de Santana, Irecê, Vitória da Conquista, Itabuna, Jequié, Juazeiro, Paulo Afonso, Serrinha, Teixeira de Freitas, Valença, Vitória da Conquista e o Presídio Regional Ariston Cardoso, em Ilhéus.

⁶⁹ Até o ano de 1967 o vínculo era com a Secretaria de Polícia e Segurança Pública; depois disso o vínculo passou a ser com a Secretaria de Justiça e Direitos Humanos.

⁷⁰ O Hospital Juliano Moreira foi assim nominado a partir de 1933, em uma homenagem ao médico baiano Juliano Moreira, que ganhou notoriedade no Rio de Janeiro. Antes disso era conhecido como o Asilo de alienados São João de Deus.

⁷¹ O HCTP de Salvador/BA se encontra localizado na Av. Afrânio Peixoto, s/n, Baixa do Fiscal.

(TAC), visando exigir da Secretaria de Justiça e da Secretaria de Saúde a adequação do HCTP às normas da Lei de Reforma Psiquiátrica.

E com vistas a superar os desafios do processo e atender aos Termos do Ajuste firmado (TAC) – entre o Ministério Público da Bahia, a Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos da Bahia e a Secretaria de Saúde da Bahia – o HCTP de Salvador, através de sua Equipe de Desinstitucionalização, vem investindo em ações dos tipos: saídas terapêuticas, oficinas, grupos de reinserção social, visitas domiciliares e regularização da documentação civil. Assim que, entre os anos de 2008 e 2010, 12 (doze) custodiados foram encaminhados para o SRT; 5 (cinco) foram levados para um abrigo; 7 (sete) tiveram como destino a Casa Lar/ADRA⁷²; 2 (dois) foram encaminhados de volta para suas casas (em Esplanada e Salvador) e 3 (três) foram conduzidos para a comunidade terapêutica da Ilha de Itaparica⁷³.

Conforme Torres *et al.* (2018, p. 9) em artigo intitulado *Hospital de custódia e tratamento: clínica e pesquisa em contexto de privação de liberdade*, publicado na Revista Brasileira de Ciências Criminais:

[...] As oficinas evidenciaram a importância da atuação multidisciplinar (ainda que mais enfatizado nas ações do psicólogo) e criaram espaços para pensar sobre a pessoa, conhecer a sua história e as dificuldades na construção de um projeto de vida. [...] Verificou-se que os internos que participaram das oficinas aderiram mais ao tratamento e a inserção no CAPS (Rede de Atenção Psicossocial) após a alta. Dos 72 internos que participaram das ações educativas (três etapas), apenas 8 tiveram dificuldade ou não aderiram ao tratamento satisfatoriamente após a alta, apresentando dificuldades na retomada da vida familiar. [...].

No mesmo artigo Torres *et al.* (2018, p. 6) ainda destacam que:

[...] A ausência de documentação civil inviabiliza o acesso aos programas governamentais da assistência social, como o Benefício de Prestação Continuada e o Programa de Volta para Casa que integram a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

Ao exposto, acrescenta-se que o SUAS encontra previsão no art. 6º da Lei Nacional nº 8.742 (BRASIL, 1993), que instituiu o sistema único com o objetivo de (I) consolidar a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os entes federativos; (II) integrar a rede pública e privada de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social; (III) estabelecer as responsabilidades dos

⁷² Agência de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais que funciona em Cachoeira.

⁷³ Dado extraído da apresentação realizada para o Conselho Penitenciário – órgão consultivo e fiscalizador vinculado à SEAP – no ano de 2020.

entes federativos na organização, regulação, manutenção e expansão das ações de assistência social; (IV) definir os níveis de gestão; (V) implementar a gestão do trabalho e a educação permanente; (VI) estabelecer a gestão integrada de serviços e benefícios; e (VII) afiançar a vigilância socioassistencial e a garantia de direitos.

Em 2013, a falta de estrutura e a quantidade de custodiados (superior à capacidade do Hospital), fez com que Ministério Público e Defensoria Pública, ambos do Estado da Bahia, conseguissem, através da justiça, a interdição do HCTP de Salvador – que, à época, ficou impedido de admitir novos pacientes e periciandos e obrigado a transferir seus pacientes para outras unidades da região. Tal determinação, contudo, precisou ser revista pelo Tribunal de Justiça da Bahia, tendo em vista que não havia vaga em nenhuma outra unidade de saúde do Estado.

Entre os anos de 2014 e 2015, registrou-se que 9 (nove) custodiados foram encaminhados para o Serviço Residencial Terapêutico (SRT); 4 (quatro) para a unidade de acolhimento do idoso; e 2 (dois) para a residência inclusiva⁷⁴. Ressalte-se que também no ano de 2015, o HCTP de Salvador foi alvo de novo pedido de interdição – contexto no qual foi criado grupo⁷⁵ especial que, vinculado à SEAP, recebeu a incumbência de promover a desinstitucionalização progressiva daqueles pacientes que permaneciam no Hospital por motivo de abandono sociofamiliar.

Já de 2017 a 2020, computou-se a saída de 3 (três) internos para o SRT; 6 (seis) para um abrigo; e 5 (cinco) retornaram para casa – observando-se, ainda, o registro de que, ainda no ano de 2020, haviam 14 (quatorze) pacientes que, liberados, aguardavam vagas no SRT⁷⁶.

Do exposto, tem-se que, entre os anos de 2008 e 2020, 24 (vinte e quatro) pacientes do HCTP de Salvador foram encaminhados para o SRT; 14 (quatorze) pacientes aguardavam vagas no SRT; 7 (sete) retornaram para suas casas; e 22 (vinte e dois) foram conduzidos para outras instituições de acolhimento.

Para as autoras Torres *et al.* (2018, p. 5-6):

Quanto maior o comprometimento da doença, maior a alteração da sua identidade e das funções psíquicas, como: atenção, orientação, afetividade, consciência, linguagem, memória, pensamento, percepção, inteligência e volição.

⁷⁴ Dado extraído da apresentação realizada para o Conselho Penitenciário – órgão consultivo e fiscalizador vinculado à SEAP – no ano de 2020.

⁷⁵ Denominado de Grupo de Trabalho dos Vulneráveis Sociais.

⁷⁶ Dado extraído da apresentação realizada para o Conselho Penitenciário – órgão consultivo e fiscalizador vinculado à SEAP – no ano de 2020.

[...]

Os egressos do HCT-BA enfrentam resistências para dar continuidade ao atendimento na rede ao retornarem ao seu território, e, assim, alguns (em torno de 12%) são reinternados, mais uma vez, no hospital, desorganizados psiquiatricamente por ter ocorrido a desobediência às condições impostas para a continuidade da vida livre no prazo de um ano, que se configura como quebra de salvo conduto.⁷⁷

Ainda conforme as referidas autoras, projeto de iniciação científica, apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), chegou a ser realizado com o objetivo de “analisar a percepção dos pacientes sobre a possibilidade da desinternação, as perspectivas e ansiedades diante do seu futuro, do retorno à sociedade e ao direito de liberdade.” (TORRES *et al.*, 2018, p. 11). Os 9 (nove) custodiados pesquisados transpareceram medo e insegurança por terem que retornar para suas comunidades. Saliente-se que desse universo (de 9 (nove) pacientes): 2 (dois), que cumpriram medida de internação pela prática de homicídio, reincidiram no mesmo tipo de ilícito penal; e foi constatado que 60% (sessenta por cento) da reincidência era decorrente da prática de ilícitos penais dos tipos ameaça e lesão corporal.

Acrescente-se ao exposto que, conforme dados extraídos do sítio eletrônico da Secretaria Municipal da Saúde⁷⁸, a cidade de Salvador conta atualmente com 7 (sete) SRTs. Levando em conta que – com base no art. 2º, §§1º e 2º, da Portaria Federal nº 3.090 (BRASIL, 2011c) – o SRT tipo I (destinado aos pacientes em processo de desinstitucionalização) abriga entre quatro e oito moradores e o SRT tipo II (destinado a pacientes com acentuado nível de dependência e que necessitam de cuidados permanentes) abriga entre quatro e dez moradores, os 7 (sete) SRTs ofereceriam o máximo de 70 (setenta) vagas no total.

O registro da movimentação (entradas e saídas) no HCTP de Salvador, entre os anos de 2014 e 2019, foi extraído do sítio eletrônico do Departamento Penitenciário (DEPEN) da Bahia e consta na Tabela 2 abaixo:

⁷⁷ Entende-se por salvo conduto o documento que, expedido pelo magistrado juntamente com a carta de desinternação, estabelece deveres para o indivíduo que está saindo em liberdade pelo prazo de 1 (um) ano. Entre tais deveres estão o de manter bom comportamento, não portar armas ofensivas e nem frequentar bailes carnavalescos e festas de largo.

⁷⁸ Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/residencia-terapeutica-do-municipio-recebe-pacientes-do-hospital-de-custodia-e-tratamento/>.

Tabela 2 – Movimentação no HCTP de Salvador/BA entre os anos de 2014 e 2019

Tipos de Movimentações	Dez	Jun	Dez	Jun	Dez	Jun	Dez	2015	2014
	de								
	2019	2019	2018	2018	2017	2017	2016		
Entradas Nº de inclusões originárias	77	35	46	57	79	33	50	133	40
Saídas Alvarás de soltura	15	11	21	19	11	27	9	56	7
Saídas Total de óbitos	2	3	0	2	2	1	2	1	0
Transferências/remoções Número de inclusões por transferências ou remoções	43	35	28	30	1	10	38	71	16
Transferências/remoções Transferências/remoções - deste para outro estabelecimento	12	36	25	10	6	4	8	21	6
Permanecem no HCTP de Salvador	91								

Fonte: <http://antigo.depen.gov.br/depen/depen/sisdepen/infopen/bases-de-dados/bases-de-dados>.

Nota: a tabela 2 acima apresenta os dados da maneira com que foram disponibilizados no sítio eletrônico do DEPEN Bahia (os anos fechados de 2014 a 2016 e os parciais de 2017 a 2019). Preferiu-se manter os dados na íntegra de modo a evidenciar que o controle de internados, no HCTP de Salvador, está sendo realizado com a periodicidade semestral.

Note-se a equação (Entradas - Saídas + Inclusões por transferências - Remoções = 91). Tal equação evidencia que os alvarás de soltura e as transferências/remoções têm sido um meio de equilibrar a quantidade de internos do HCTP de Salvador. E se as transferências (para outros estabelecimentos) contribuíam para a melhor distribuição dos custodiados, a expedição dos alvarás de soltura simbolizava uma vitória da Equipe de Desinstitucionalização.

Destaque-se que, conforme o Provimento CGJ nº 3 (BAHIA, 2015), caso o custodiado se encontre em comarca diversa do Estado da Bahia, o juiz prolator da decisão deve encaminhar o alvará de soltura, para a autoridade responsável, pelo meio mais célere – independentemente da expedição de carta precatória.

E conforme a Resolução CNJ nº 251 (BRASIL, 2018) a espécie (recaptação, internação provisória, internação decorrente de aplicação de medida de segurança ou conversão de prisão em internação) deve constar no mandado de internação, assim como o motivo (cessação da medida de segurança, arquivamento do inquérito, revogação de internação provisória, liberação condicional para tratamento ambulatorial, extinção da punibilidade ou trancamento do inquérito/ação penal) deve constar na ordem de desinternação.

No que tange às ações voltadas para a reinserção social dos egressos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador, pode-se citar as

reuniões e as oficinas de autocuidado; os grupos informativos e terapêuticos; as reuniões mantidas com os Centros de Atenção Psicossocial e com os cuidadores designados para a função; o acompanhamento do indivíduo, portador do transtorno mental, quanto à adaptação a nova moradia; a solicitação de benefícios de seguridade social e cidadania; as atividades em grupo; os atendimentos individuais⁷⁹.

Note-se, ainda, que conforme os autores Torres e Fonseca (2020, p. 42):

No HCT as equipes de saúde debruçaram-se sobre leituras sobre o tema, elaboração dos projetos terapêuticos dos internos em cumprimento da medida de segurança, verificando as possibilidades de reintegração social e o fazer necessário para que os internos recuperassem as possibilidades que foram prejudicadas pela doença e o aprisionamento. As saídas terapêuticas e participação nas oficinas expressivas, terapêuticas e informativas contribuíram para a melhoria das habilidades sociais, da autonomia, da desconstrução dos medos e construção de projetos de vida distantes da realidade manicomial.

No artigo, os referidos autores reforçaram o fato de que o rompimento dos vínculos familiares impossibilita o retorno do paciente para a sua comunidade de origem – casos em que se partiu para a criação de um “Plano Emergencial de Desinstitucionalização de Pessoas em situação de vulnerabilidade social do HCT.” (TORRES; FONSECA, 2020, p. 43), o qual se centrou na transferência desses pacientes para outras unidades de acolhimento (a exemplo das residências inclusivas e dos Serviços Residenciais Terapêuticos).

E, no que diz respeito à quantidade de auxílios-reclusão, computados para os indivíduos portadores de transtorno mental saídos do HCTP de Salvador, dados extraídos do sítio eletrônico do DEPEN/BA⁸⁰ evidenciam que foram em número de 3 (três) no decorrer de todo o ano de 2014 e de 1 (um) no total dos anos de 2016, 2017, 2018 e 2019.

Importante salientar que, entre os anos de 2014 e 2019, foi registrada, pelo DEPEN/BA, a frequência de visitas realizadas aos custodiados em medida de internação no HCTP de Salvador – vide Tabela 3 a seguir:

⁷⁹ Inclusive os viabilizados através do Programa de Assistência Integrada (PAI) – instrumento importante para a promoção da cidadania, para a prevenção da criminalidade e da reincidência no crime.

⁸⁰ Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/bases-de-dados/bases-de-dados>.

Tabela 3 – Frequência de visitas aos custodiados do HCTP de Salvador no período de 2014 a 2019

Período	Quantidade de custodiados em medida de internação	Quantidade de visitas registradas no HCTP de Salvador	Representação %
JUL A DEZ/2014	104	102	0,980769231
JUL A DEZ/2015	69	74	1,072463768
JUN E DEZ/2016	139	77	0,553956835
JAN A DEZ/2017	76	117	1,539473684
JAN A DEZ/2018	140	1.240	8,857142857
JAN A DEZ/2019	64	238	3,71875

Fonte: <http://antigo.depen.gov.br/depen/depen/sisdepen/infopen/bases-de-dados/bases-de-dados>.

Buscou-se – por meio da comparação entre a quantidade de pacientes em internação e o registro da quantidade de visitas ocorridas no ano – possibilitar uma melhor leitura desses dados.

Ressalte-se que, embora as Tabelas 2 e 3 tenham tido como fonte o mesmo sítio eletrônico do DEPEN/BA, a Tabela 2 evidenciou que a quantidade de pacientes em internação, no HCTP de Salvador, ficou constante em 91 (noventa e um) de 2014 a 2019. Já a Tabela 3 evidenciou que a quantidade de pacientes em internação, no HCTP de Salvador, variou entre os anos de 2014 e 2019.

Uma vez que não é objetivo desse estudo colocar em xeque os dados publicados no sítio eletrônico do DEPEN/BA, mas sim extraí-los e analisá-los, considere-se, da Tabela 2, que as transferências têm sido utilizadas como um meio de equilibrar a quantidade de pacientes em internação no HCTP de Salvador e que os alvarás de soltura simbolizam o primeiro passo para a desinstitucionalização; e que, na Tabela 3, pode ser verificada a quantidade anual de custodiados no HCTP de Salvador.

E, com base na Tabela 3, fica evidente o aumento crescente na quantidade de visitas no decorrer dos anos de 2018 e de 2019 – o que simboliza o maior envolvimento da família (nas questões relacionadas ao seu ente) e o possível restabelecimento de laços sociais.

Saliente-se que para o objetivo de analisar o processo de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial, tomando como base o HCTP de Salvador, se mostra relevante analisar as percepções dos profissionais que lá trabalhavam e se dedicavam a cuidar, dia após dia, dos pacientes em internação.

4.1 A ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DOS FUNCIONÁRIOS DO HCTP DE SALVADOR QUANTO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Conforme Batista e Silva (2010, p. 96), em artigo publicado na Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano:

[...] decreta-se a medida de segurança a pessoas que não são consideradas capazes de responder pelos próprios atos, tendo como destino costumeiro o HCTP.

E como exemplos de pessoas incapazes de responder pelos próprios atos estão Jaime, Antônio e Almerindo – custodiados do HCTP de Salvador que tiveram as suas histórias contadas no documentário intitulado *A Casa dos Mortos*⁸¹.

Jaime, descrito como sendo muito agressivo (tanto fora, quanto dentro do HCTP), usuário de álcool e drogas e pessoa que mata quando menos se espera, tem a sua participação transcrita a seguir:

Custodiado – “O que fez você parar aqui no HCT, Jaime?”

Jaime – “O 121 tava descompensado, peguei um homicídio, saí, aí comecei a tomar remédio, comecei a beber cachaça, a usar droga, aí cometi outro homicídio”.

Custodiado – “Onde?”

Jaime – “Na Barroquinha. Aí logo em seguida em vim pra aqui. Com dois meses que eu tava aqui, eu perdi a cabeça e cometi outro homicídio. Tava descompensado porque eu tava sem tomar remédio”.

Custodiado – “E a vítima chegou a falar alguma coisa com você?”

Jaime – “A vítima ficava mostrando o pênis pra mim, ficava mostrando esperma pra mim e querendo tirar eu como veado. Aí nesse dia eu fiquei descompensado, peguei ele e rumei um pé de cabra na cabeça dele e ele morreu”.

No documentário, outros custodiados relataram que Jaime, após matar uma pessoa dormindo, foi transferido para uma ala onde ficou sozinho; e que mencionou já ter matado vinte e que ia completar vinte e um. Nesse local, contam que ele amarrou o lençol na grade, fazendo uma forca, e que ao soltar o corpo quebrou o pescoço, morrendo na hora.

Em se tratando do custodiado Antônio, traz-se, a seguir, trecho da sua conversa com a profissional de saúde do HCTP:

⁸¹ Documentário realizado no ano de 2009, dirigido pela antropóloga, documentarista e professora Débora Diniz e que contou com a narração do custodiado conhecido por Bubú.

Antônio – “Antônio Carlos de Santana, Barra, sábado, nascido de abril, às onze horas, de tal e tal, onde somos, sem pé, quanta, foto, revista, playboy, natural, jogador, profissional, trabalhador, cantor, encontra atitude, profissão, quantas, carteira, identidade, profissional, Itabunas”.

Profissional de Saúde – “Estava tomando remédio pra cabeça?”

Antônio – “Posso continuar... dois anos que eu estou aqui, pode botar o nome Brasília, Santa Catarina, a pessoa coloca o nome que quiser”.

Profissional de Saúde – “Sim, mas lá você estava tomando remédio?”.

Antônio – “Tava, tava. Diazepam. Quarentena de cada eu tomava Diazepam até eu chegar lá na minha recuperação”.

Profissional de Saúde – “Você já foi internado em outro hospital psiquiátrico?”.

Antônio – “Os hospitais são esses aqui”.

Profissional de Saúde – “Você tem doença no coração?”.

Antônio – “Acontece às vezes quando eu uso alguns tipos de droga, aí acelera muito o coração, é, aí eu”.

Profissional de Saúde – “Oi Antônio, você vai ficar aqui. Você já conhece. Você já ficou aqui. Vai ficar aqui, fazer o tratamento. O médico vai chamar você para conversar, fazer o laudo pra depois o juiz decidir o que vai fazer. Tá bom? Agora você vai pra ala pra mudar sua roupa, tomar um banho, cortar as unhas, que estão enormes”.

No caso de Antônio, o documentário relatou que, antes de retornar para o HCTP de Salvador, ele esteve retido em Ubaitaba, mas não deixou claro o injusto penal cometido pelo mesmo e nem a influência das drogas para o seu comportamento (reincidente).

Por fim, eis a história de Almerindo, sintetizada da seguinte forma pelo documentário:

No dia 22 de setembro de 1981, aproximadamente às 9h, Reinaldo, menor de 14 anos de idade, passava pela rua Virgílio Ataíde, nessa cidade de Brumado, estado da Bahia, montado em uma bicicleta, quando apareceu Almerindo Nogueira de Jesus, portador de doença mental, e sem nenhum motivo justificado, atirou-lhe uma pedra que fê-lo cair ao chão sangrando. Não satisfeito, aproximou-se de sua vítima levando a bicicleta e lançou-a sobre ele. O cidadão, que a tudo assistia, aproximou-se e disse que ia chamar a polícia. Foi quando o débil mental saiu correndo.

Em decorrência da prática do injusto penal, Almerindo deu entrada, em 02/11/1981, no HCTP de Salvador e, em 12/05/1982, foi feito o laudo. Em 1984, pelo enquadramento do injusto como lesão corporal de natureza leve, foi determinada a aplicação da medida de segurança pelo tempo de 2 (dois) anos. Convém salientar que em se tratando de crime para o qual o Código Penal tipifica a pena de detenção⁸², caberia a medida de segurança voltada para o tratamento ambulatorial –

⁸² Consoante o art. 26 do CP/1940: “Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação. Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”.

contudo, Almerindo acabou ficando em regime de internação e por tempo superior àquele determinado pela justiça.

Acrescente-se, ainda, que conforme matéria veiculada no sítio eletrônico do Ministério Público do Estado da Bahia “Hoje, com 51 anos de idade, mesmo tendo a cessação de periculosidade determinada pela Justiça há anos, permanece custodiado porque não tem para onde ir.” (INTERNOS..., 2009).

Observe-se que embora o documentário seja do ano de 2009, as histórias ali compartilhadas permanecem atuais e continuam se repetindo dia após dia, ano após ano. Afinal, assim é o transtorno mental: atemporal.

E com vistas a somar conhecimento, compilou-se a percepção e o sentimento que, externados por alguns⁸³ profissionais do HCTP de Salvador/BA, pautaram a dissertação da mestranda Simone Cetolin (2011) – no trabalho intitulado *Representações Sociais da Loucura: um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia – HCT/BA*:

[...] Eu acho muito difícil (ressocializar) porque o familiar não tem a mesma ‘porta’ que a gente tem com o paciente. Porque a gente sabe que eles são repetitivos, solicitantes, então não tão preparados para um paciente desses em casa. Eu sempre questiono que aqui é um Lar de volta, porque eu estou aqui há tantos anos e vejo os pacientes que estão aqui há tantos anos e eles saem e voltam. Porque a primeira coisa que eles fazem quando saem é parar de tomar a medicação e aí comete outro delito e volta pra cá. Agora a reforma, não tem como você levar um paciente desses pra casa. O paciente normal que pode ser tratado em ambulatório pode não ser sinalizado, porque ele chega e pode ficar de dois a três anos, porque ele é paciente e criminoso, então é muito sério isso.; [...] uma das coisas, com relação a pessoas com problema mental, se eu vejo uma pessoa assim, eu mudo de rua, eu mudo. Se eu ver uma pessoa aqui lá fora, eu mudo, eu não fico perto de jeito nenhum, porque eu sei que são imprevisíveis. (Técnica em enfermagem, há 11 anos no HCTP). (CETOLIN, 2011, p. 103, 105).

[...] Colocar rede no sistema, eles colocam pessoas que não tem conhecimento. [...] antigamente tinha cinco provas hoje faz apenas uma prova, defesa pessoal, quando entrava já sabia o que iria fazer [...], eles não tem conhecimento e ganham mesma coisa que os concursados, além de planos de saúde, com esses rede aumentou os celulares, drogas, fugas nos presídios, e na mídia aparecia que eram os agentes penitenciários, sujando imagem; [...] aquela época éramos respeitados, os internos chamavam de senhor senhora, nós não éramos tão ameaçados, não levantavam os olhos pra conversar, passe livre, o tempo foi passando globalização, direitos humanos, hoje tá muito crítico levar a ressocialização. Ameaçam, olham de igual pra igual. [...] nos últimos tempos morreram alguns colegas, que foram reconhecidos nas ruas, rixas. Com os direitos humanos estão voltados mais

⁸³ Do universo de 220 (duzentos e vinte) profissionais, que no ano de 2011 trabalhavam no HCTP de SSA/BA, a mestranda Simone Cetolin optou por entrevistar 8 (oito) deles: 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 2 enfermeiras, 1 estagiária de psicologia, 1 técnica de enfermagem e 1 agente penitenciário.

ao criminoso do que para o socializador, o que trouxe dificuldades de trato com os internos [...] (Agente penitenciário, há 3 anos no HCTP). (CETOLIN, 2011, p. 92, 101).

Ninguém vai lá (no Hospital), você percebeu isso né. Ninguém vai. (Estagiária em psicologia, há 1 ano no HCTP). (CETOLIN, 2011, p. 88).

[...] Esse pessoal tem muita conversa e pouca, [...] de efetivo mesmo não tem nada. “A ressocialização de todo os pacientes”. Mas o que é essa ressocialização do paciente? O que vai acontecer lá fora? Você vai mudar a visão lá fora? Tudo bem, mas na minha visão, você vai mandar o paciente pra fora, como é que ele vai morar sozinho? Muito, muitos, voltam. Por isso que eu tenho muita reincidência. Não tem como ficar aí fora. Seria ótimo, mas realmente esses programas teriam que funcionar. A maioria aqui é problema social. Matou o pai e aí? (Enfermeira, há 16 anos no HCTP) (CETOLIN, 2011, p. 103-104).

[...] A única diferença é que hoje a liberdade que foi dada pros pacientes interferiu na disciplina dentro do hospital. Direitos todos, deveres nenhum. [...] Hoje, o custodiado pode tudo, tem uma liberdade muito grande. Em detrimento a gente né. A diferença é essa né. E que o paciente de saúde mental, de alta periculosidade e que não recebe o tratamento adequado. (Enfermeira, há 28 anos no HCTP). (CETOLIN, 2011, p. 102).

[...] Quando eu cheguei isso tava apenas no papel. E aos poucos isso foi mudando isso foi mudando, a partir de reunião de equipe, de outras pessoas que foram chegando, que isso foi muito importante pra dar um gás e que vieram com uma ideia da desinstitucionalização como uma coisa possível e não como algo imposto, mas como um direito do ser humano que está aqui cumprindo medida de segurança e que precisa ter esse percurso e sua oportunidade de sair e não como algo que a reforma psiquiátrica impõe, que a secretaria de justiça impõe. [...] Comemos o pão que o diabo amassou, coisas absurdas aconteceram você não acredita no que aconteceu. Fomos maltratadas mesmo, de rechaço, de fuxico. Algumas pessoas que estavam aqui estavam doentes, como os pacientes. Você não sabia quem era o paciente e quem era funcionário. Infelizmente. E nossa presença foi sentida como uma ameaça. [...] o serviço social hoje trabalha em parceria com a psicologia, nosso trabalho todo é em torno da desinstitucionalização, então a gente dividiu por alas, cada ala com um profissional de referência, uma psicóloga, nós fazemos um trabalho em parceria, tratamento individualizado, em alguns momentos a gente realiza trabalho formando grupos, pra trabalhar algumas questões, algumas demandas. (Assistente social, há 13 anos no HCTP). (CETOLIN, 2011, p. 100-101).

[...] Eu era a mudança. Quando eu cheguei aqui era isso que eu representava, alguém mandado pela Secretaria de Justiça que veio desinstitucionalizar quem você acha que está agarrado ao hospital e não pode sair; [...] A dificuldade toda é trabalhar com a desinstitucionalização quando lá fora não se quer. Quando por exemplo que estamos preparando pra sair, que é uma pessoa que de alguma forma, porque a gente nunca pode assegurar, mas que de alguma forma ele tem condições subjetivas de tentar uma vida lá fora, se tiver o apoio da família, de uma equipe de saúde mental, que tenha essa questão de medicação, então quando isso acontece a gente se sente mais tranquila pra poder atuar. O problema é quando a gente encontra resistência do lado de lá. Aí me irrita profundamente quando eu vou pra determinadas reuniões onde escuto pessoas gritando vamos destruir o HCT, vamos acabar com o HCT, e aí? Mas porque não querem ninguém daqui. (Psicóloga, há 3 anos no HCTP). (CETOLIN, 2011, p. 100-110).

[...] Falta de tudo um pouco, o que nós temos às vezes não é o suficiente pra medicar. É muito precário, da roupa do paciente à higienização, instalações, local de trabalho, é tudo muito precário. (Terapeuta ocupacional, há 1 ano no HCTP). (CETOLIN, 2011, p. 107).

Dos trechos em comento, chamam a atenção relatos do tipo: acho difícil ressocializar; não há preparo para manter um paciente desses em casa; a reincidência é muita; assim que saem, eles param de tomar a medicação, cometem outro delito e retornam; se encontrar uma pessoa daqui lá fora eu não fico perto de jeito nenhum; nos últimos tempos morreram alguns colegas que foram reconhecidos nas ruas; ninguém vai lá no Hospital; não tem como ficar aí fora, a maioria é problema social, matou o pai; direitos todos, deveres nenhum; falta de tudo um pouco, o que temos não é o suficiente para medicar.

Observe-se que tais relatos acabaram sinalizando a falta de estrutura do HCTP de Salvador (especialmente para tratar dos seus pacientes custodiados); o possível despreparo do pessoal técnico não efetivo; a ausência de cursos de atualização para todo o quadro técnico; a descrença na ressocialização dos indivíduos com transtornos mentais; a discordância quanto ao movimento de desinstitucionalização; a falta de vínculo entre custodiados e familiares; que muitas famílias têm motivos para não quererem o custodiado perto; e que não se atrelou deveres aos custodiados de hoje e indivíduos livres de amanhã – relatos, estes, que têm peso por advirem dos próprios profissionais da instituição.

Note-se, ainda, que, do total dos depoimentos colhidos por Cetolin (2011), a palavra ‘não’ apareceu 117 (cento e dezessete) vezes e a palavra ‘difícil’ foi mencionada 5 (cinco) vezes – o que reforça o quanto a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial são um assunto controverso, inclusive para os profissionais do HCTP. Nesse contexto merece especial atenção o relato de que muitos profissionais se encontravam doentes, a ponto de não se diferenciarem dos pacientes do Hospital – situação a que, por analogia, poderão estar expostos todos aqueles que, por força da Lei de Reforma Psiquiátrica, passaram a cuidar dos seus pacientes em casa.

E a descrença na desinstitucionalização, externada por cinco⁸⁴ (entre oito) dos entrevistados – e representada pelas seguintes passagens: “Agora a reforma, não tem como você levar um paciente desses pra casa.” (CETOLIN, 2011, p. 103);

⁸⁴ No universo de oito, os cinco entrevistados correspondem a 62,5% do total.

“[...] hoje tá muito crítico levar a ressocialização.” (CETOLIN, 2011, p. 101); “Ninguém vai lá (no Hospital) [...]” (CETOLIN, 2011, p. 88); “Mas o que é essa ressocialização do paciente? O que vai acontecer lá fora? Você vai mudar a visão lá fora?” (CETOLIN, 2011, p. 103); “A dificuldade toda é trabalhar com a desinstitucionalização quando lá fora não se quer.” (CETOLIN, 2011, p. 110) – encontra explicação no trabalho de Torres e Fonseca (2020, p. 37,38). Conforme tais autores:

[...] os estigmas que os internos expressam após o crime e o internamento criam um dispositivo de inquietação que impede que seja implementada uma ação de assistência com base no modelo proposto pela referida lei.

[...]

[...] A crença na periculosidade e a fragilidade de atendimento da rede de atenção atestam a crença na segregação e tratamento em hospital como condição única para quem comete crimes e apresenta um transtorno mental.

Eis, então, que no entender dos autores supracitados, o modelo proposto pela Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a) – e representado pelo tratamento através da Rede de Atenção Psicossocial – é frágil e sem força para se sobrepor aos estigmas que acabam associados ao paciente em internação.

Na esteira dessa discussão, considere-se, também, o artigo científico publicado por Santos *et al.* (2015) na Revista de Ciências Médicas e Biológicas intitulado *Perfil clínico dos pacientes com transtornos mentais internados em um hospital de custódia e tratamento – Bahia – Brasil*. Tratou-se de levantamento que, realizado no período de janeiro/2012 a dezembro/2014, envolveu 634 (seiscentos e trinta e quatro) pacientes internados e através do qual foi possível analisar as situações, os tipos de injustos penais praticados, as patologias clínicas, o tempo de internação e os motivos da alta. O resultado de tal levantamento pode ser visualizado no Quadro 19, a seguir:

Quadro 19 – Quantidade de pacientes internados no HCTP de Salvador/BA, subdivididos em situação, tipo de injustos penais praticados, patologias clínicas, tempo de internação, reincidências e motivos das altas (intervalo de 2012 a 2014)

(continua)

Variáveis associadas aos prontuários clínicos	Quantidade
Situação atual	
Encaminhado para Exames	29
Com laudo clínico definitivo	54
Com laudo clínico provisório	21

Quadro 19 – Quantidade de pacientes internados no HCTP de Salvador/BA, subdivididos em situação, tipo de injustos penais praticados, patologias clínicas, tempo de internação, reincidências e motivos das altas (intervalo de 2012 a 2014)

(conclusão)

Variáveis associadas aos prontuários clínicos	Quantidade
Situação atual	
Estabelecida medida de segurança	51
Problema Social	5
Estabelecido Alvará de Soltura	0
Decisão Interlocutória	3
Encaminhado para tratamento psiquiátrico	3
Tipo de Delito	
Ameaça	53
Entorpecentes	24
Estupro	23
Estupro de Vulnerável	12
Furto / Roubo	90
Homicídio	201
Lesões Corporais	36
Tentativa de Homicídio	99
Desconhecidos / Ignorados / Outros	96
Patologias Mentais diagnosticadas de acordo com a CID-10	
Transtornos Mentais Orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 – F09)	49
Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de Substância Psicoativa (F10 – F19)	69
Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos, Transtornos Delirantes (F20 – F29)	219
Transtornos de Humor (afetivos) (F30 – F39)	14
Transtornos da Personalidade e do comportamento adulto (F60 – F69)	29
Retardo Mental (F70 – F79)	65
Sem doença	50
Desconhecidos / Ignorados / Outros	139
Tempo de internação	
0-1 anos	533
2-3 anos	68
4 anos ou mais	33
Tempo de internação	
Sim	244
Não	390
Motivo da Alta	
Alvará de Soltura	51
Carta de Desinternação	38
Decisão Interlocutória	65
Decisão Judicial	7
Transferências	283
Motivo da Alta	
Evasão	10
Óbito	6
Desconhecidos / Ignorados / Outros	8

Fonte: Adaptado de Santos *et al.* (2015).

Note-se que dos 634 (seiscentos e trinta e quatro) pacientes, internados no HCTP de Salvador/BA, entre os anos de 2012 e 2014: 201 (duzentos e um) tinham praticado o homicídio e 99 (noventa e nove) só não o consumaram por circunstâncias alheias à vontade. Tem-se, portanto, que entre os delitos mais praticados estão (1º) o homicídio, com 31,70%; (2º) a tentativa de homicídio, com

15,62%); (3º) desconhecidos / ignorados / outros, com 15,14%; e (4º) furto e roubo, com 14,20%.

E, desse universo, de 634 (seiscentos e trinta e quatro) pacientes, 219 (duzentos e dezenove) se enquadravam no diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 – F29, conforme a CID 10)⁸⁵.

Saliente-se que – em um capítulo do livro *A Psicologia com Foco nas Múltiplas práticas em Saúde Mental*, intitulado *A Escuta do Psicótico Homicida numa perspectiva Psicanalítica: o sujeito do ato prevalece sobre o ato do sujeito*, os autores Almeida, Diamantino e Torres (2020) analisaram o discurso de 5 (cinco) pacientes⁸⁶ psicóticos, do HCTP de Salvador, que haviam praticado homicídio.

O primeiro paciente analisado foi Alex: lavrador, analfabeto, 53 anos de idade, admitido no HCTP em 18/09/2012, destinado a cumprir medida de internação pelo prazo de 6 (seis) anos, matou a irmã. Em entrevista, Alex externou o seguinte “Matei ela porque fez macumba para mim, passei mal e fiquei nervoso”.

O segundo paciente analisado foi Beto: carregador, alfabetizado, 37 anos de idade, admitido no HCTP em 20/01/2017, destinado a cumprir medida de internação pelo prazo de 1 (um) ano e 5 (cinco) meses, matou o irmão. Em entrevista, Beto externou que “Ele caiu por cima da faca... Saí correndo, correndo para não ouvir a voz da minha cabeça... Quando vi estava aqui no portão do HCT”.

A terceira paciente analisada foi Carla: cabeleireira, analfabeta, 25 anos de idade, admitida no HCTP em 19/12/2017, destinada a cumprir medida de internação pelo prazo de 6 (seis) meses, matou a amiga. Em entrevista, Carla externou o seguinte “Não sei o que tenho, mas ouço vozes e vejo um homem a noite. Quer que eu desenhe ele?”.

A quarta paciente analisada foi Diva: dona de casa, analfabeta, 37 anos de idade, admitida no HCTP em 05/09/2016, destinada a cumprir medida de internação pelo prazo de 1 (um) ano e 9 (nove) meses, matou o esposo. Conforme a

⁸⁵ O intervalo (F20 – F29), da CID 10, engloba: (a) Esquizofrenia (F20) - subdividida em paranoide, hebefrênica, catatônica, indiferenciada, pós-esquizofrênica, residual e simples; (b) Transtorno esquizotípico (F21); (c) Transtornos delirantes persistentes (F22); (d) Transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23); (e) Transtorno delirante induzido (F24); (f) Transtornos esquizoafetivos (F25) – subdivididos em do tipo maníaco, do tipo depressivo e do tipo misto; (g) Outros transtornos psicóticos no-orgânicos (F28); e (h) Psicose não-orgânica não especificada (F29).

⁸⁶ Em razão do item IV.3, alínea “e”, da Resolução 466/2012 do CNS – que versa sobre a “garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases” –, os 5 (cinco) pacientes receberam nomes fictícios.

entrevistadora, “Diva demonstrou pouco contato com a realidade e um vocabulário empobrecido. Em certo momento informa: “Tenho quatro filhos, gosto de namorar muito, fiquei dois anos no presídio [...]”.

A quinta, e última, entrevistada foi Elza: escovista, alfabetizada, 31 anos de idade, admitida no HCTP em 09/05/2017, destinada a cumprir medida de internação pelo prazo de 1 (um) e 1 (um) mês, matou o esposo. Em entrevista, Elza externou que “Ele gostava de mim e queria ficar comigo. Aí ele se aproveitou de mim, porque estava fragilizada e embriagada. Fui induzida a matar, fico muito triste com isso [...]”.

Acrescente-se ao exposto que, sob a ótica dos autores Almeida, Diamantino e Torres (2020, p. 8), “o ato de matar um objeto externo” equivale a “matar a angústia articulada ao delírio e à alucinação” – razão pela qual a diagnose deve primar por “tratar o sujeito no seu sofrimento psíquico.” Acredita-se, assim, que voltando o olhar para o sujeito do ato será possível conter a angústia que o leva a praticar o injusto penal.

Atente-se, ainda, que o sofrimento decorrente da perda prematura de uma vida pode gerar rupturas de vínculos com os custodiados – nesse sentido os referidos autores citam que “Dentre os cinco pacientes aqui citados, somente um deles a família visita-o. Outros dois têm contato telefônico somente e um foi abandonado pela família que alegou não ter condições de recebê-lo [...]” (ALMEIDA; DIAMANTINO; TORRES, 2020, p.10).

Tem-se, assim, uma miscelânea de informações que, juntas, evidenciaram que o HCTP de Salvador, não estava estruturado para abrigar e tratar (seja em termos de acomodações condizentes, roupas e espaços devidamente higienizados, profissionais preparados, medicamentos); que a desospitalização, por si só, não era suficiente para garantir aos egressos um tratamento digno, respeitoso e humanizado; que os próprios funcionários do HCTP estavam receosos de conviver com os egressos fora do Hospital; que a tentação de deixar de tomar a medicação, aliada ao consumo de álcool e de drogas, era alta fora do Hospital; que a maior quantidade de custodiados recebeu o diagnóstico de esquizofrenia e praticaram o homicídio, inclusive de parentes próximos – o que dificultava serem aceitos e recebidos em casa.

Nesse contexto, partiu-se para analisar – ante o desenrolar do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial – a alteração por que vem passando o quadro de servidores do HCTP de Salvador, alvo do próximo tópico.

4.2 EVOLUÇÃO DO QUADRO DE SERVIDORES DO HCTP DE SALVADOR NO DECORRER DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Conforme dado extraído da apresentação realizada para o Conselho Penitenciário da Bahia, no ano de 2020, o processo de desinstitucionalização do HCTP de Salvador teve início no ano de 2006.

Em 2011, em sua dissertação de mestrado, Cetolin (2011, p. 75) pontuou que:

Percebeu-se que a maioria dos profissionais que trabalham no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia possuem estabilidade laborativa, ressaltando que alguns profissionais são servidores da instituição há décadas, inclusive, tendo se mudado para a Baixa do Fiscal, junto com os pacientes. Em contrapartida, existem ainda profissionais em regime de Reda – Regime Especial em Direito Administrativo, caracterizado por contrato temporário de trabalho e trabalhadores exercendo cargos comissionados.

Dados extraídos do sítio eletrônico do DEPEN/BA possibilitaram levantar o Quadro 20 abaixo, que ilustrou a evolução do quadro de servidores do Hospital de Custódia de Salvador, entre os anos de 2014 e 2019:

Quadro 20 – Quantidade de trabalhadores (efetivos, comissionados, terceirizados e temporários) alocados no HCTP de Salvador/BA (intervalo de 2014 a 2019)

(continua)

Tipo de servidor	Vínculo	Dez de 2019	Jun de 2019	Dez de 2018	Jun de 2018	Dez de 2017	Jun de 2017	Dez de 2016	2015	2014
cargo administrativo	efetivo	8	8	1	1	7	6	8	0	14
cargo administrativo	comissionado	8	8	8	8	9	11	14	0	8
cargo administrativo	temporário	0	0	0	0	0	0	0	21	0
servidor voltado à atividade de custódia	efetivo	0	0	0	0	50	0	0	0	0
Enfermeiro	efetivo	7	7	7	7	8	8	10	8	8
Enfermeiro	comissionado	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermeiro	terceirizado	7	7	5	5	4	0	0	0	0
Enfermeiro	temporário	0	0	0	0	0	0	0	2	2
auxiliar e técnico de enfermagem	efetivo	25	25	28	28	30	34	30	33	32
auxiliar e técnico de enfermagem	terceirizado	10	10	7	7	5	0	0	0	0
auxiliar e técnico de enfermagem	temporário	0	0	0	0	0	0	9	9	9
Psicólogo	efetivo	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Psicólogo	terceirizado	2	2	2	2	2	0	0	0	0
Psicólogo	temporário	0	0	0	0	0	0	2	2	2
Dentista	efetivo	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Dentista	comissionado	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Dentista	temporário	0	0	0	0	0	1	1	1	1
técnico/auxiliar odontológico	comissionado	1	1	1	1	1	0	0	2	1
técnico/auxiliar odontológico	terceirizado	3	3	2	2	0	0	0	0	0
técnico/auxiliar odontológico	temporário	0	0	0	0	0	1	2	2	1
assistente social	efetivo	0	0	0	0	0	1	1	1	0
assistente social	comissionado	1	1	1	1	1	0	0	0	1
assistente social	terceirizado	2	2	2	2	1	0	0	0	0
assistente social	temporário	0	0	0	0	0	1	2	2	1

Quadro 20 – Quantidade de trabalhadores (efetivos, comissionados, terceirizados e temporários) alocados no HCTP de Salvador/BA (intervalo de 2014 a 2019)

(conclusão)

Tipo de servidor	Vínculo	Dez de 2019	Jun de 2019	Dez de 2018	Jun de 2018	Dez de 2017	Jun de 2017	Dez de 2016	2015	2014
médico - clínico geral	efetivo	1	0	1	1	0	2	2	2	1
médico - clínico geral	comissionado	0	0	0	0	1	0	0	0	0
médico - clínico geral	terceirizado	0	0	3	3	0	0	0	0	0
médico - clínico geral	temporário	0	0	0	0	0	0	0	0	1
médico – psiquiatra	efetivo	0	1	4	4	5	4	4	4	5
médico – psiquiatra	comissionado	0	0	0	0	0	0	0	0	1
médico – psiquiatra	terceirizado	2	3	17	17	16	0	0	0	0
médico – psiquiatra	temporário	1	0	0	0	0	4	10	4	7
médico - outras especialidades	efetivo	4	4	0	0	0	0	0	0	0
médico - outras especialidades	terceirizado	21	21	0	0	0	0	0	0	0
Professor	efetivo	2	2	2	2	2	2	2	2	0
terapeuta/terapeuta ocupacional	efetivo	0	0	0	0	1	1	1	1	1
terapeuta/terapeuta ocupacional	terceirizado	0	0	1	1	4	0	0	0	0
terapeuta/terapeuta ocupacional	temporário	1	1	1	1	0	3	3	2	2
policiaI militar em atividade exclusiva no estabelecimento prisional	efetivo	0	0	0	0	0	0	0	23	6
servidores outros	efetivo	0	0	0	0	0	0	0	0	27
servidores outros	terceirizado	0	0	0	0	0	0	0	61	0
servidores outros	temporário	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total de efetivos		49	49	45	45	105	60	60	76	96
Total de comissionados		12	11	11	11	13	11	14	2	11
Total de terceirizados		47	48	39	39	32	0	0	61	0
Total de temporários		2	1	1	1	0	10	29	45	27
Total Geral		110	109	96	96	150	81	103	184	134

Fonte: <http://antigo.depen.gov.br/depen/depen/sisdepen/infopen/bases-de-dados/bases-de-dados>.

Da referida compilação extraiu-se que, de 2014 a 2019, houve a redução da quantidade total de servidores na ordem de -17,91%, representada basicamente pela redução da quantidade de efetivos em -48,96%; pela manutenção da quantidade de comissionados; pelo aumento da quantidade de terceirizados, que de 0 (zero) passou para 47 (quarenta e sete); e pela redução da quantidade de temporários em -92,59%.

E eis que se observa a redução expressiva do número de temporários (aqui antes referidos como REDA) e a redução significativa da quantidade de servidores efetivos – em contraponto ao aumento da contratação de servidores terceirizados (sem vínculo, portanto, com o Estado).

Assim, o HCTP de Salvador encerrou o ano de 2019 com 49 (quarenta e nove) profissionais efetivos, 12 (doze) comissionados, 47 (quarenta e sete) terceirizados e 2 (dois) temporários – sendo que dentre os 47 (quarenta e sete) terceirizados, praticamente a mesma quantidade dos profissionais efetivos, estão 7 (sete) enfermeiros (mesma quantidade dos enfermeiros efetivos); 10 (dez) auxiliares

e técnicos de enfermagem; 2 (dois) psicólogos (quantidade superior à dos psicólogos efetivos); 3 (três) técnicos e auxiliares odontológicos (quantidade superior à dos técnicos/auxiliares odontológicos efetivos); 2 (dois) assistentes sociais (quantidade superior à dos assistentes sociais efetivos); 2 (dois) médicos psiquiatras (sendo que não há médico psiquiatra efetivo e, além dos terceirizados, há 1 (um) temporário); 21 (vinte e um) médicos com outras especialidades (quantidade muito superior à dos médicos efetivos).

Destaque-se que a ausência de vínculo com o Estado acaba fazendo da rotatividade uma realidade para os terceirizados – fato que dificulta enormemente a criação e a manutenção de vínculos de confiança entre o profissional, o paciente e a família do paciente. Além disso, a alta rotatividade faz com que o Estado invista (a nível de capacitação, treinamento e atualização) naquele profissional que logo precisará ser substituído. E isso, diga-se, desvirtua a razão de ser do Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica – que, desde o ano de 2002, vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

Saliente-se, também, que no período de 2014 a 2019, a quantidade de consultas médicas realizadas dentro do HCTP de Salvador aumentou em +245,66%; a quantidade de consultas psicológicas aumentou em +768,33%; e a quantidade de consultas odontológicas aumentou em +720% – conforme o Quadro 21, a seguir:

Quadro 21 – Quantidade de consultas, exames, intervenções cirúrgicas, vacinas, procedimentos outros, agravos transmissíveis e óbitos no HCTP de Salvador/BA (2014 a 2019)

(continua)

Registros	Dez de 2019	Jun de 2019	Dez de 2018	Jun de 2018	Dez de 2017	Jun de 2017	Dez de 2016	2015	2014
Consultas									
Consultas médicas realizadas externamente	39	9	20	34	48	29	32	60	24
Consultas médicas realizadas no estabelecimento	2.179	2.335	2.551	2.073	1.117	1.233	1.337	2.091	887
Consultas psicológicas	461	622	706	714	606	606	499	0	60
Consultas odontológicas	216	592	565	290	272	560	240	0	30
Procedimentos									
Quantidade de exames e testagem	1.130	175	982	813	3	50	368	185	62
Quantidade de intervenções cirúrgicas	4	2	2	0	1	0	1	0	0
Quantidade de vacinas	323	459	393	638	5	384	16	269	121
Quantidade de outros procedimentos, como sutura e curativo	74	53	217	13	153	0	230	123	205
Internos com agravos transmissíveis									
Quantidade de pessoas com HIV	0	1	0	0	1	0	3	3	2
Quantidade de pessoas com Tuberculose	0	1	0	0	1	0	1	0	0
Quantidade de pessoas com Sífilis	0	0	0	6	1	0	1	2	0
Quantidade de pessoas com Hepatite	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Quantidade de pessoas com outros agravos transmissíveis	0	0	0	1	2	0	1	0	0

Quadro 21 – Quantidade de consultas, exames, intervenções cirúrgicas, vacinas, procedimentos outros, agravos transmissíveis e óbitos no HCTP de Salvador/BA (2014 a 2019)

(conclusão)

Registros	Dez de 2019	Jun de 2019	Dez de 2018	Jun de 2018	Dez de 2017	Jun de 2017	Dez de 2016	2015	2014
Quantidade de óbitos									
Óbitos naturais/ óbitos por motivos de saúde	1	1	0	2	0	1	1	0	0
Óbitos suicídios	1	2	0	0	1	0	1	1	0
Óbitos criminais	0	0	0	0	1	0	0	0	0

Fonte: <http://antigo.depen.gov.br/depen/depen/sisdepen/infopen/bases-de-dados/bases-de-dados>.

Observa-se o registro, no ano de 2019, de 1.130 (um mil cento e trinta) testes e exames realizados; 323 (trezentas e vinte e três) vacinas aplicadas e a ocorrência de 1 (um) suicídio. E que, no interstício 2014-2019, houve casos de pacientes com HIV, tuberculose, sífilis e hepatite⁸⁷. Dados que só reforçam a importância e a responsabilidade que, com a Lei de Reforma Psiquiátrica, passaram a ser atribuídas aos serviços extra-hospitalares de saúde.

E em um contexto no qual a quantidade de consultas, especialmente a psiquiátrica, aumentou substancialmente, enquanto os servidores efetivos acabaram sendo substituídos por terceirizados, bem pertinente é a conclusão do artigo *Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil*, produzido por Andreoli *et al.* (2007) e publicado no *Brazilian Journal of Psychiatry*. De acordo com tais autores, a mudança, de hospital para atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil, era clara e através dela se esperava abranger os desfavorecidos (proporcionando-lhes uma diversidade de tratamentos e o acesso gratuito a psicotrópicos). Contudo, o que se nota é a cobertura precária dos serviços comunitários e uma reforma que não se fez acompanhar do necessário aumento de investimento público em saúde mental – situação que não contribui, em nada, para o êxito da reforma e, ainda, coloca em dúvida o real objetivo do país quando da implementação da Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a).

Andreoli *et al.* (2007), ainda ressaltam que a experiência internacional demonstra que a mudança para um sistema de atenção comunitária psiquiátrica pode, na verdade, aumentar os custos, o que fragiliza o argumento de que o hospital

⁸⁷ Nesse sentido o teor da Portaria Interministerial 1.777 (BRASIL, 2003d) que, com o objetivo de aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (aqui incluídos os pacientes psiquiátricos), instituiu ações voltadas para controlar e reduzir os agravos mais frequentes à saúde desse público (a exemplo obrigatoriedade de vacinação e das consultas médicas e odontológicas).

psiquiátrico era bem mais custoso para os cofres públicos (argumento que, inclusive, norteou, à época, a encampação do Projeto de Lei 3.657 (BRASIL, 1989).

4.3 A DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SALVADOR/BA E SOBRE A QUANTIDADE DE PACIENTES AINDA EM INTERNAÇÃO NO HCTP DE SALVADOR

Conforme ponderações anteriores, o processo de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial foi idealizado para, por meio da quebra de paradigmas, instituir uma mudança de cultura. Mudança, esta, na qual o tratamento oferecido pelo Estado deixou de ter um viés curativo e a rede extra-hospitalar de saúde emergiu como o meio mais eficaz e eficiente de medicar e acompanhar a evolução do indivíduo em sofrimento mental – que foi elevado à condição de ator social.

Contudo, conforme conclusão de Andreoli *et al.* (2007), no artigo *The psychiatric reform is not a strategy for reducing costs*, a construção, a ampliação e a manutenção de uma rede extra-hospitalar de saúde está longe de ser uma estratégia para reduzir custos – mesmo porque, em se tratando de Salvador, é desejado que essa rede se estabeleça, pelo menos, nos principais bairros da cidade. Afinal, o propósito do atendimento comunitário de saúde é atender a todos que dela necessitem e de maneira satisfatória.

Levantou-se, através de pesquisa ao sítio eletrônico do Ministério da Saúde, que o Estado da Bahia conta, atualmente⁸⁸, com o total de 226 (duzentos e vinte e seis) CAPS, sendo 19 (dezenove) no município de Salvador, distribuídos da seguinte forma: 2 (dois) CAPS I; 10 (dez) CAPS II; 2 (dois) CAPS III; 2 (dois) CAPS AD; 1 (um) CAPS AD III e 2 (dois) CAPS IA – vide Quadro 22 a seguir:

Quadro 22 – Expansão da Rede CAPS no município de Salvador

(continua)

UF	Município	Estabelecimento	Tipo	Endereço
BA	Salvador	CREASI (Centro de Referência de Atenção à Saúde do Idoso)	CAPS I	Avenida Antônio Carlos Magalhães, s/n Bairro: Iguatemi CEP: 41820000 Fone: (71) 3270-5750
BA	Salvador	Centro NZINGA de Atenção à Saúde Mental da Mulher e Família	CAPS I	Rua Santa Filomena, 608 Bairro: São Tomé de Paripe CEP: 40750490 Fone: (71) 3521-4706
BA	Salvador	CAPS Professor Adilson Peixoto Sampaio	CAPS II	Rua do Céu, 77 Bairro: Caminho de Areia CEP: 40415305 Fone: (71)3611-6585

⁸⁸ Levantamento realizado em 1 de fevereiro de 2021.

Quadro 22 – Expansão da Rede CAPS no município de Salvador

(conclusão)

UF	Município	Estabelecimento	Tipo	Endereço
BA	Salvador	CAPS II Nise da Silveira	CAPS II	Rua Jerusalém, 15 Bairro: Fazenda Grande II Cajazeiras CEP: 41345539 Fone: (71) 36116854
BA	Salvador	CAPS II Pau da Lima	CAPS II	Rua Estrada das Muriçocas, 01 Bairro: Vale dos Lagos CEP: 41250420 Fone: (71) 36117851
BA	Salvador	CAPS II UFBA	CAPS II	Rua Leovigildo Filgueiras, 392 Bairro: Garcia CEP: 40100050 Fone: (71) 3329-1004
BA	Salvador	CAPS II Franco Basaglia	CAPS II	Rua Aristóteles Costa Leal, 36 Bairro: Piatã CEP: 41650400 Fone: (71) 3611-3546
BA	Salvador	CAPS Eduardo Saback Dias de Moraes	CAPS II	Rua Conde Pereira Carneiro, 139 Bairro: Pernambuco CEP: 41100010 Fone: (71) 3460-1957
BA	Salvador	CAPS II Antônio Roberto Pellegrino Jardim Baiano	CAPS II	Rua Arquimedes Gonçalves, 226 Bairro: Nazaré CEP: 40050300 Fone: (71) 3321-3679
BA	Salvador	CAPS Águas Claras	CAPS II	Rua Coronel Azavedo, s/n Bairro: Cajazeiras II CEP: 41310295 Fone: (71) 36116852
BA	Salvador	CAPS II Aristides Novis	CAPS II	Av. Laurindo Regis, 01 Bairro: Engenho Velho de Brotas CEP: 40240550 Fone: 3611-2953
BA	Salvador	CAPS II Oswaldo Camargo	CAPS II	Rua Itabuna, 02 Bairro: Rio Vermelho CEP: 41940650 Fone: (71)3611-5600
BA	Salvador	CAPS III Rosa Garcia Jardim Armação	CAPS III	Rua Pedro Silva Ribeiro, s/n Bairro: Jardim Armação CEP: 41750260 Fone: (71) 3611-2968
BA	Salvador	CAPS Maria Célia da Rocha	CAPS III	Rua José Pires Castelo Branco, 30 Bairro: Praia Grande CEP: 40720720 Fone: 33972689
BA	Salvador	CAPS AD Permanbués	CAPS AD	Rua Conde Pereira Carneiro, 271 Bairro: Pernambuco CEP: 41100000 Fone: (71)3238-2847
BA	Salvador	Centro de Atenção Psicossocial Gregório de Matos	CAPS AD	Praça XV de Novembro Largo Terreiro de Jesus, s/n Bairro: Pelourinho CEP: 40026010 Fone: (71) 32835547
BA	Salvador	CAPS AD III Gey Espinheira	CAPS AD III	Estrada Campinas de Pirajá, 61 Bairro: Campinas de Pirajá CEP: 40100000 Fone: (71) 3239-1178
BA	Salvador	Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz Meira Lessa	CAPS IA	Rua das Mangaloeriras, 32 Bairro: Jaguaribe CEP: 41613066 Fone: (71) 3611-7913
BA	Salvador	CAPSIA Liberdade	CAPS IA	Rua Conde do Porto Alegre, 11 Bairro: IAPI CEP: 40330201 Fone: (71) 3611-9011

Fonte: https://sage.saude.gov.br/paineis/planoCrack/lista_caps.php?output=html&

Dado extraído do sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁸⁹ apontou que a população de Salvador, quando do censo de 2010, era de 2.675.656 pessoas e, desse universo, 35.377 pessoas tinham deficiência mental/intelectual – as quais foram e/ou serão pacientes da rede extra-hospitalar de saúde.

Observe-se que o fato de o HCTP de Salvador ter abrigado (e ainda poder estar abrigando) pacientes em condição de desinternação evidencia um problema social, consequência do rompimento dos vínculos entre esses e o mundo exterior. E nesse sentido, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) acabaram despontando como uma importante alternativa.

Saliente-se, ainda, que dados extraídos da Tabela 3 (vide página 90) evidenciaram um aumento na quantidade de visitas aos pacientes em internação no

⁸⁹ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>

HCTP de Salvador entre os anos de 2017 e 2019. Tal mudança de postura, diga-se, muito provavelmente é fruto do trabalho de conscientização que vem sendo desenvolvido junto a sociedade.

Fez-se evidente, também, a redução na quantidade de pacientes em internação no HCTP de Salvador – que era de 161 (cento e sessenta e um) em 2006 e chegou a 64 (sessenta e quatro) em 2019. A compilação de tais dados deu origem ao Quadro 23 abaixo:

Quadro 23 – Quantidade de pacientes, do HCTP de Salvador/BA, sujeitos a medida de internação e a tratamento ambulatorial (intervalo de 2005 a 2019)

Período	Quantidade de presos/internados no HCTP de Salvador/BA		Quantidade de vagas no HCTP de Salvador/BA (Internação)
	Medida de Segurança Internação	Medida de Segurança Tratamento ambulatorial	
JAN A DEZ/2005	103	-	-
JAN A DEZ/2006	161	-	-
JAN A DEZ/2007	113	-	-
JAN A DEZ/2008	120	-	-
JAN A DEZ/2009	153	-	-
JAN A DEZ/2010	127	-	-
JAN A DEZ/2011	91	-	-
JAN A DEZ/2012	102	-	-
JUN/2013	31	-	-
JUL A DEZ/2014	104	-	90
JUL A DEZ/2015	69	-	90
JUN E DEZ/2016	139	-	90
JAN A DEZ/2017	76	73	90
JAN A DEZ/2018	140	-	90
JAN A DEZ/2019	64	72	90

Fonte: <http://antigo.depen.gov.br/depen/depen/sisdepen/infopen/relatorios-analiticos/ba>

Destaque-se que a medida de segurança da espécie tratamento ambulatorial teve o seu primeiro registro em 2017, ano em que foi computada a participação de 73 (setenta e três) pacientes – quantidade expressiva que se manteve inalterada mesmo em 2019.

E entre as atividades que, desenvolvidas por pacientes ainda em internação (a exemplo dos pacientes do CAPS II Nise da Silveira, situado em São Paulo), têm se mostrado significativas para a ressocialização, estão a confecção de aventais, de panos de prato, de toalhas de mesa e de máscaras (estas, especialmente importantes para a proteção do indivíduo contra a disseminação da SARS-CoV-190).⁹⁰

⁹⁰ SARS = *Severe Acute Respiratory Syndrome* (Síndrome Respiratória Aguda Grave); CoV = Corona Vírus. Trata-se de vírus que, identificado no ano de 2019 na China, se espalhou pelo mundo causando inúmeras mortes. Conforme dados do Ministério da Saúde (<https://covid.saude.gov.br/>), na

Importante frisar que toda e qualquer atividade que sirva para a ressocialização e para a reabilitação psicossocial estará contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo em sofrimento mental. Afinal, conforme a redação do Plano de Desinstitucionalização da Bahia (BAHIA, 2018, p. 12):

O Estado brasileiro contraiu uma dívida histórica com os indivíduos confinados em longas internações de regime asilar, vivendo em condições subumanas, cerceados do direito à vida em liberdade e de um tratamento adequado, o que gerou a cronificação de suas condições psíquicas, impedindo a melhoria da qualidade de vida (SILVA, 2001 *apud* BAHIA, 2018 p. 12). Uma das formas de sanar essa dívida foi através da criação de programas de estímulo para o retorno destas pessoas à vida em sociedade e ao convívio com suas famílias, quando possível. O poder público reconheceu a necessidade de mudança dessa realidade, propondo a oferta do cuidado humanizado para as pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Atente-se que internação deixou de ser regra, mas continua sendo possível. E ante a confirmação de tal necessidade, buscar-se-á limitar a sua duração, como forma de combater a cronificação da condição psíquica do paciente e a sua dependência ao sistema, e prover as condições satisfatórias de higiene, infraestrutura, segurança e tratamento – de maneira a assegurar, ao paciente, um atendimento digno e humanizado.

E eis que as análises realizadas até então possibilitaram identificar o quanto a desinstitucionalização continua sendo alvo de descrédito e de dúvidas. Nesse sentido, e como meio de colaborar com a construção de um instrumento simples, objetivo e direto, capaz de contribuir para a orientação da população em geral, vislumbrou-se que a elaboração de um Informativo – na qualidade de produto do presente estudo – seria hábil no sentido de conscientizar e, até mesmo, de fomentar a aproximação, o cuidado e o respeito da sociedade civil para com o portador do transtorno mental.

5 POR UMA MAIOR DIVULGAÇÃO DAS QUESTÕES CENTRAIS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: UM OBJETIVO DO INFORMATIVO

Como resultado das análises que foram sendo realizadas ao longo desse estudo, observou-se que algumas questões centrais, a respeito da desinstitucionalização, podiam estar sendo melhor divulgadas. E, especialmente, divulgadas em um lugar único, de modo a facilitar a consulta da população em geral. E com vistas a viabilizar tal intuito, partiu-se para selecionar quais dados e informações poderiam ser de maior interesse e utilidade.

Elegeram-se, então, explicar o que é a desinstitucionalização e para que ela serve; elucidar que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi idealizada para ser a rede extra-hospitalar de saúde; elencar os componentes da RAPS; elencar alguns direitos do portador de transtorno mental; listar algumas curiosidades (tais quais o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) e a existência do Benefício de Prestação Continuada, do auxílio-doença e da aposentadoria para o indivíduo em sofrimento mental); sintetizar, em um quadro, a forma com que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Salvador estão organizados, seus telefones de contato e seus endereços; listar alguns telefones que podem vir a ser necessários, tais quais o da Defensoria Pública da Bahia (DPE BA), do Disque Defensoria, da Proteção aos Direitos Humanos e da Ouvidoria Geral da Bahia.

A partir da compilação de tais dados e informações foi possível desenvolver o Informativo que são apresentados nas Figura 1 e Figura 2 a seguir. Espera-se que as facilidades propiciadas pelo avanço da informática possibilitem que a forma eletrônica desse Informativo chegue para o maior número de pessoas – permitindo, inclusive, a sua armazenagem em qualquer dispositivo móvel (a exemplo do celular) para consultas posteriores.

Figura 1 – A desinstitucionalização e a RAPS

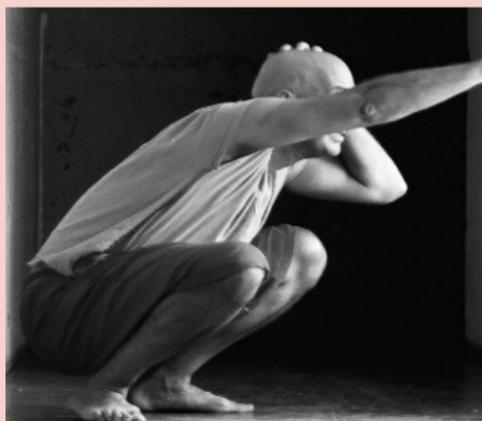


Foto: André Fossati

Desinstitucionalizar significa tirar a dependência que muitos indivíduos criaram em relação ao sistema de saúde hospitalocêntrico.

Para tanto, a lei de reforma psiquiátrica vem incentivando o fechamento dos hospitais de custódia e o tratamento dos pacientes através de uma rede extra-hospitalar de saúde: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

CURIOSIDADES

- Você também sabe que o SUS deve garantir o fornecimento de medicamentos para quem não pode pagar?
- E que uma vez impossibilitados para o trabalho, tais indivíduos farão jus ao Benefício de Prestação Continuada?
- E que sendo segurados da Previdência Social farão jus ao auxílio-doença e a aposentadoria por invalidez?
- E que mesmo após a lei da reforma psiquiátrica a internação se faz possível, mas a partir de determinadas formalidades? Nesses casos, a internação deve ser temporária e de curta duração.

Você sabe o que é a
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
e para que ela serve?

E na RAPS é possível encontrar:

Atenção Básica em Saúde;
Atenção Psicossocial;
Atenção de Urgência e Emergência;
Atenção Residencial de Caráter Transitório;
Atenção Hospitalar;
Estratégias de Desinstitucionalização; e
Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

Reconhece-se, mais do que nunca, que o indivíduo em sofrimento mental tem direito a:

Estudar;
Trabalhar;
Divertir-se;
Ser tratado com humanidade e respeito;
Receber informações a respeito da sua doença e do seu tratamento;
Ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração.

Figura 2 – Os CAPS de Salvador/BA

PROCURE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PERTO DE VOCÊ:

Tipo	Estabelecimento	Telefone	Endereço
CAPS I	CREASI (Centro de Referência de Atenção à Saúde do Idoso)	(71) 3270-5750	Avenida Antônio Carlos Magalhães, s/n Bairro: Iguatemi CEP: 41820000
CAPS I	Centro NZINGA de Atenção à Saúde Mental da Mulher e Família	(71) 3521-4706	Rua Santa Filomena, 608 Bairro: São Tomé de Paripe CEP: 40750490
CAPS II	CAPS Professor Adilson Peixoto Sampaio	(71) 3611-6585	Rua do Céu, 77 Bairro: Caminho de Areia CEP: 40415305
CAPS II	CAPS II Nise da Silveira	(71) 3611-6854	Rua Jerusalém, 15 Bairro: Fazenda Grande II Cajazeiras CEP: 41345539
CAPS II	CAPS II Pau da Lima	(71) 3611-7851	Rua Estrada das Muriçocas, 01 Bairro: Vale dos Lagos CEP: 41250420
CAPS II	CAPS II UFBA	(71) 3329-1004	Rua Leovigildo Filgueiras, 392 Bairro: Garcia CEP: 40100050
CAPS II	CAPS II Franco Basaglia	(71) 3611-3546	Rua Aristóteles Costa Leal, 36 Bairro: Piatã CEP: 41650400
CAPS II	CAPS Eduardo Saback Dias de Moraes	(71) 3460-1957	Rua Conde Pereira Carneiro, 139 Bairro: Pernambuco CEP: 41100010
CAPS II	CAPS II Antônio Roberto Pellegrino Jardim Baiano	(71) 3321-3679	Rua Arquimedes Gonçalves, 226 Bairro: Nazaré CEP: 40050300
CAPS II	CAPS Águas Claras	(71) 3611-6852	Rua Coronel Azavedo, s/n Bairro: Cajazeiras II CEP: 41310295
CAPS II	CAPS II Aristides Novis	(71) 3611-2953	Av. Laurindo Regis, 01 Bairro: Engenho Velho de Brotas CEP: 40240550
CAPS II	CAPS II Oswaldo Camargo	(71) 3611-5600	Rua Itabuna, 02 Bairro: Rio Vermelho CEP: 41940650
CAPS III	CAPS III Rosa Garcia Jardim Armação	(71) 3611-2968	Rua Pedro Silva Ribeiro, s/n Bairro: Jardim Armação CEP: 41750260
CAPS III	CAPS Maria Célia da Rocha	(71) 3397-2689	Rua José Pires Castelo Branco, 30 Bairro: Praia Grande CEP: 40720720
CAPS AD	CAPS AD Permanbués	(71) 3238-2847	Rua Conde Pereira Carneiro, 271 Bairro: Pernambuco CEP: 41100000
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Gregório de Matos	(71) 3283-5547	Praça XV de Novembro Largo Terreiro de Jesus, s/n Bairro: Pelourinho CEP: 40026010
CAPS AD III	CAPS AD III Gey Espinheira	(71) 3239-1178	Estrada Campinas de Pirajá, 61 Bairro: Campinas de Pirajá CEP: 40100000
CAPS IA	Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz Meira Lessa	(71) 3611-7913	Rua das Mangaloeiras, 32 Bairro: Jaguaribe CEP: 41613066
CAPS IA	CAPSIA Liberdade	(71) 3611-9011	Rua Conde do Porto Alegre, 11 Bairro: IAPI CEP: 40330201

E havendo necessidade contate:

- Defensoria Pública do Estado da Bahia: (71) 3116-6777
- Disque Defensoria: 129
- Proteção aos Direitos Humanos: (71) 3117-6935 / (71) 3116-6013
- Defensoria Pública da União na Bahia: (71) 3341-2490
- Ministério Público do Estado da Bahia: (71) 3103-6400 / (71) 3103-6500
- Ministério Público Federal – Procuradoria da República no Estado da Bahia: (71) 3617-2200/2205/2206/2209
- Comissão de Direitos Humanos e Segurança Pública da Assembleia Legislativa do Estado da Bahia: (71) 3115-7268 / (71)3115-7002
- Comissão de Direitos do Cidadão da Câmara Municipal de Salvador: (71) 3320-0418/ (71) 3320-0224
- Ouvidoria Geral do Estado da Bahia: 0800 284 00 11

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como norte a pergunta: ‘Qual a análise que se pode fazer do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, tomando como referência o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador, Bahia?’.

E, com o intuito de responder ao referido problema de pesquisa, foi eleito como objetivo geral ‘analisar a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial, tendo como referência o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, de Salvador/Bahia’ – objetivo que foi alcançado quando das respostas aos objetivos específicos formulados.

O primeiro objetivo específico se centrou em ‘interpretar os conceitos da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial e a forma com que tais institutos foram tratados no art. 5º da Lei Nacional nº 10.216’ (BRASIL, 2001a).

Para tanto foi abordado que, diferentemente da desospitalização (que se digna a tirar o indivíduo em sofrimento mental do hospital), a desinstitucionalização envolve a implementação e a manutenção de meios capazes de tirar, do indivíduo em sofrimento mental, a condição de dependência criada ao sistema de saúde hospitalocêntrico. Daí que falar na desinstitucionalização é falar, em especial, na adoção de uma rede extra-hospitalar de saúde, no paulatino fechamento dos hospitais de custódia, na busca pela prestação de serviços mais eficientes e mais eficazes, no tratamento digno e humanizado aos portadores de transtorno mental, no fim da dependência do paciente ao sistema de saúde e no viés não curativo do tratamento.

A reabilitação psicossocial, por sua vez, foi reconhecida como o meio, encontrado pelo Estado, de devolver a cidadania aos portadores do transtorno mental – o que é viabilizado através do acesso ao trabalho e renda (via empreendimentos solidários, coletivos e autogestionários e de cooperativas sociais) e a moradia solidária (via Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento e Comunidades Terapêuticas).

A desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial foram tratadas no art. 5º da Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei Nacional nº 10.216) (BRASIL, 2001a), que instituiu ‘a alta planejada’ e a ‘reabilitação psicossocial assistida’ – inclusive para os

pacientes dos hospitais de custódia com longo tempo de internação e já dependentes do sistema.

O segundo objetivo específico se voltou para ‘examinar como se deu a construção social da loucura e o processo de desinstitucionalização’.

Para tanto, levantou-se que a institucionalização da loucura foi decorrência da seletividade perversa do sistema, que considerava o portador de transtorno mental perigoso e indigno para o convívio social, restando-lhe a segregação. Verificou-se que a tendência de manter o paciente apartado por longos períodos de tempo – muito em decorrência de uma cura que não acontecia – contribuiu para a cronificação de sua condição psíquica – razão pela qual a Lei Nacional nº 10.216 (BRASIL, 2001a) instituiu o tratamento (sem o viés curativo) através da rede extra-hospitalar de saúde (não precisando privar o paciente da convivência em sociedade).

Abordou-se que embora a desconstrução da imagem de perigoso fosse determinante para o êxito da desinstitucionalização, evidências de que indivíduos em sofrimento mental têm tendência a praticar injustos penais dificultam o processo ainda hoje.

O terceiro objetivo específico se voltou para ‘analisar as percepções dos funcionários do HCTP de Salvador (quanto à desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial dos pacientes em internação) e a evolução do quadro de servidores do HCTP de Salvador no decorrer do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial’.

Dos relatos dos profissionais, levou-se em consideração o fato de entenderem a ressocialização como algo difícil de se concretizar, o fato de acreditarem que os pacientes são imprevisíveis e não dignos de confiança e o fato de acharem que a desinstitucionalização não deveria ter sido imposta – argumentos corroborados por outros estudiosos no assunto.

Levantou-se, também, que embora no período de 2014 a 2019 a quantidade de consultas realizadas dentro do HCTP de Salvador tenha aumentado enormemente – +245,66% de consultas médicas, +768,33% de consultas psicológicas e +720% de consultas odontológicas – o quadro de servidores do Hospital, nesse mesmo período, foi reduzido em -17,91%. Redução que, diga-se, incidiu sobre temporários e efetivos e acabou camuflando o aumento abrupto de terceirizados (a ponto de serem, em 2019, os únicos no cargo de assistente social).

Quanto a essa situação, foi salientado que do terceirizado (face à ausência de vínculo com o Estado) é possível esperar uma maior rotatividade – o que dificulta criar e manter uma relação de confiança com o paciente e sua família e pode influenciar na decisão de não continuidade do tratamento.

Eis que alcançados os objetivos específicos de forma satisfatória, alcançou-se o objetivo geral também com êxito – o que tornou possível responder à pergunta ‘Qual a análise que se pode fazer do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, tomando como referência o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador, Bahia?’.

E a resposta (para a pergunta central desse estudo) é que: o sentido mais amplo da desinstitucionalização ainda não foi alcançado; o rompimento dos vínculos sociais continua sendo um problema e as vagas no Serviço Residencial Terapêutico, nas Unidades de Acolhimento e nas Comunidades Terapêuticas são insuficientes; algumas das falhas enfrentadas pela reforma psiquiátrica italiana (a exemplo da falta de vagas e da dificuldade tratar pacientes crônicos através da rede extra-hospitalar de saúde) já são visíveis no Brasil; a contratação de terceirizados vai de encontro à manutenção de um ‘Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica’.

Analisou-se, também, que alternativas para o que foi exposto perpassam por criar novos laços sociais (especialmente de confiança); ampliar a rede extra-hospitalar de saúde; investir mais no Projeto Terapêutico Singular (no sentido de conscientizar a comunidade quanto aos cuidados que requerem os portadores de transtorno mental e quanto ao fato de que eles também são sujeitos de direitos); considerar que os relatos das dificuldades enfrentadas pelas famílias possam servir de subsídios para a implementação de melhorias nas políticas públicas de saúde; considerar que pacientes crônicos requerem um tratamento ainda mais diferenciado e uma vigilância constante.

Saliente-se que a metodologia adotada possibilitou que fosse realizado um levantamento substancial de dados e de informações, que resultaram suficientes para o fim a que esse estudo se propôs.

REFERÊNCIAS

- A CASA dos mortos. Direção e roteiro: Debora Diniz. Brasília: Imagens Livre, 2009. 1 vídeo (24 min) Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=noZXWFxdtNI>. Acesso em: 1 dez. 2020.
- ALMEIDA, Mariana Lisboa; DIAMANTINO, Rui Maia; TORRES, Cláudia Regina de Oliveira Vaz. A escuta do psicótico homicida numa perspectiva psicanalítica: o sujeito do ato prevalece sobre o ato do sujeito. In: DIAMANTINO, Rui Maia (org.). **A psicologia com foco nas múltiplas práticas em saúde mental**. Ponta Grossa, PR.: Arena, 2020. Disponível em: <https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/artigoPDF/32995>. Acesso em: 1 mar. 2020.
- AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 1 mar. 2020.
- ANDREOLI, Sérgio Baxter *et al.* Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 43-46, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462007000100013&script=sci_arttext. Acesso em: 1 mar. 2020.
- ASSIS, Machado de. **O alienista**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bv000231.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2020.
- BABINSKI, Tatiane; HIRDES, Alice. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 568-576, dez. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072004000400009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 31 jul. 2020.
- BAHIA. **Decreto nº 14.457 de 3 de maio de 2013**. Aprova a Política Estadual de Atenção Básica. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_DECRETO_N14457_03MAIO2013.pdf. Acesso em: 1 dez. 2020.
- BAHIA. **Lei nº 6.074 de 22 maio 1991**. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual e dá outras providências. Disponível em: <https://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/85731/lei-6074-91>. Acesso em: 2 fev. 2019.

BAHIA. **Plano de Desinstitucionalização da Bahia**. Salvador, 2018a. Disponível em: https://www.portalsaudenoar.com.br/wp-content/uploads/2019/08/Plano-de-Desinsti_Documento-Final_RevCarla-Liana07jan2019-1.pdf. Acesso em: 1 mar. 2020.

BAHIA. **Resolução CIB nº 139 de 28 de maio de 2018**. Aprova o Plano de Desinstitucionalização na Bahia, no âmbito da saúde mental, e define seus eixos de atuação para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no território baiano. Salvador, 2018b. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2018/RES_CIB_139_2018.pdf. Acesso em: 29 jul. 2019.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 352, de 13 de agosto de 2019**. Aprova o Plano de Desinstitucionalização da Bahia. Salvador, 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2019/08/21/publicada-portaria-que-aprova-o-plano-de-desinstitucionalizacao-da-bahia/>. Acesso em: 19 ago. 2020.

BAHIA. Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização. **Hospital de Custódia e Tratamento: desinstitucionalização**. Salvador, [2020]. 39 slides.

BAHIA. Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização. **Unidades prisionais**. Salvador, [2020]. Disponível em: <http://www.seap.ba.gov.br/pt-br/unidades>. Acesso em: 2 fev. 2021.

BAHIA. Tribunal de Justiça. **Provimento CGJ nº 3 de 23 de abril de 2015**. Dispõe sobre o cumprimento de alvarás de soltura no âmbito do Estado da Bahia. Relator: Desembargador Olegário Monção Caldas. Salvador, 2015. Disponível em: <http://www7.tj.ba.gov.br/secao/lerPublicacao.wsp?tmp.mostrarDiv=sim&tmp.id=17353&tmp.secao=23>. Acesso em: 19 ago. 2020.

BARATTA, Alessandro. **Criminologia crítica e crítica do direito penal: introdução à sociologia do direito penal**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Revan: Instituto Carioca de Criminologia, 2014.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BATISTA, Micheline Dayse Gomes. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais Política & Trabalho**, João Pessoa, n. 40, p. 291-404, abr. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690>. Acesso em: 1 mar. 2020.

BONAVIDES, Paulo. **Ciência política**. 25. ed. São Paulo: Malheiros, 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3.657 de 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Nova ementa do substitutivo do senado: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas

portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 1989. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 6.013 de 21 de dezembro de 2001**. Acrescenta dispositivos à Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001b. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD27MAR2002.pdf#page=184>. Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução 251, de 4 de setembro de 2018**. Institui e regulamenta o Banco Nacional de Monitoramento de Prisões – BNMP 2.0, para o registro de mandados de prisão e de outros documentos, nos termos do art. 289-A do CPP, acrescentado pela Lei n. 12.403, de 4 de maio de 2011, e dá outras providências. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2666> - Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária. **Resolução nº 5 de 4 de maio de 2004**. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/2004/resolucaono05de04demaiode2004.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária. **Resolução nº 4 de 30 de julho de 2010**. Dispõe sobre as diretrizes nacionais de atenção aos pacientes judiciários e execução da medida de segurança. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/2010/resolucaono4de30dejulhode2010.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária. **Resolução nº 6 de 29 de junho de 2012**. Padroniza os métodos a serem utilizados para se aferir o valor do custo mensal do preso em cada unidade da Federação. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2012>. Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 1, de 10 de fevereiro de 2014**. Apoia ações e serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei. Brasília, DF, 2014a. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2014/resolucao-no-1-de-10-de-fevereiro-de-2014.pdf/view>. Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. **Resolução nº 26 de 15 de junho de 2020**. Dispõe sobre a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei. Brasília, DF, 2020a. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp->

content/uploads/2020/06/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CNDH_26_2020.pdf. Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 jul. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 82 de 18 de julho de 1841**. Funda um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo. Rio de Janeiro, 1941a. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/norma/385725/publicacao/15742236>. Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903**. Reorganiza a Assistência a Alienados. Rio de Janeiro, 1903. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 1 dez. 2020

BRASIL. **Decreto-Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940**. Regulamenta o Código Penal. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 29 jul. 2019.

BRASIL. **Decreto-Lei 3.688 de 3 de outubro de 1941**. Lei das Contravenções Penais. Rio de Janeiro, 1941b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm. Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. **Lei 8.742 de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. **Lei 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, 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 29 jul. 2019.

BRASIL. **Lei 10.708 de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF, 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 29 jul. 2019.

BRASIL. **Lei 11.983 de 16 de julho de 2009**. Revoga o art. 60 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 – Lei de Contravenções Penais. Brasília, DF, 2009.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11983.htm. Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. **Lei 13.104 de 9 de março 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2013.104%2C%20DE%209,n o%20rol%20dos%20crimes%20hediondos. Acesso em: 29 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5e d.pdf. Acesso em: 1 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa de Volta para Casa**. Brasília, DF: 2003b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf. Acesso em: 1 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 366, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre modalidades, organização e funcionamento dos CAPS. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 1 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.156 de 12 de novembro de 2003**. Habilita Municípios a integrarem o Programa “De Volta Para Casa” e dá outras providências. Brasília, DF, 2003c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html. Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 1 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.644, de 28 de outubro de 2009.**

Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2644_28_10_2009.html. Acesso em: 1 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 6 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.**

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 27 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011.**

Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html. Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012.** Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2012b. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html. Acesso em: 1 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012.** Define as normas de funcionamento do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, DF, 2012c. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html. Acesso em: 1 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014.** Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2014c. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095_14_01_2014.html
Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014**. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília, DF, 2014d. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html.
Acesso em: 27 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017b. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.
Acesso em: 27 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.325, de 18 de maio de 2020**. Revoga o Capítulo III, do Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata do “Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei”, no âmbito da Política Nacional de Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília, DF, 2020b. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1325_25_05_2020.html.
Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.754, de 14 de julho de 2020**. Revoga a Portaria nº 1.325/GM/MS, de 18 de maio de 2020c. Brasília, DF, 2020c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.754-de-14-de-julho-de-2020-266804892>. Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF. 2005a. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 1 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004d. Disponível em:
http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em: 1 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003**. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Brasília, DF, 2003d. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html.
Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1 de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 1 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Reforma psiquiátrica e manicômios judiciários**: relatório final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_psiquiatica.pdf. Acesso em: 1 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação dos CAPS no município de Salvador**. Brasília, DF, SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica, 2021. Disponível em: <https://portalsage.saude.gov.br/>. Acesso em: 2 fev. 2021.

BRASIL. **Residências Terapêuticas**: o que são e para que servem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004e. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2020.

BRASIL. **Saúde Mental e economia solidária**: inclusão social pelo trabalho. Brasília, Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1219.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2020.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus 250.717** São Paulo. Relator: Ministra Laurita Vaz. Brasília, 9 de agosto de 2012d. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=MON&sequencial=23790463&num_registro=201201636283&data=20120815&tipo=0. Acesso em: 29 jul. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus 107.432** Rio Grande do Sul, Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Brasília, 24 maio 2011d. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1223082>. Acesso em: 29 jul. 2019.

BUENO, Rinaldo Conde. **O pensamento de Franco Basaglia e a estrutura da desinstitucionalização na Psiquiatria Democrática Italiana vistos por um brasileiro**. 2011 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte: PUC, MG, 2011. Disponível em: http://www1.pucminas.br/documentos/rinaldo_conde.pdf. Acesso em: 1 mar. 2020.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CETOLIN, Simone Kelly. **Representações sociais da loucura**: um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia – HCT/BA. 2011, 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal

da Bahia. Salvador, 2011. Disponível em: https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/simone_cetolin.pdf. Acesso em: 29 mai. 2020.

COM DEPRESSÃO no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar”. Biblioteca Virtual de Saúde, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://bvsaud.org/portal-lis/2017/05/12/dia-mundial-da-saude-07-abril-2017/> Acesso em: 2 fev. 2021.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília. **Relatório Final** [...] Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde, 2001, 213 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf. Acesso em: 1 mar. 2020.

CORDIOLI, Maria Sirene; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida. Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 671-677, dez. 2006. Disponível em: scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a08. Acesso em: 19 ago. 2019.

COVELLI, José Luis. **La peligrosidad**: su evaluación y desarrollo hipotético em los grupos sociales excluídos. Ciudadela: Dosyuna Ediciones Argentinas, 2010.

COVELLI, José Luis; ROFRANO, Gustavo Jorge; ESPINOZA, Alberto Monchablón; CUNHA, Rogério Sanches. **Manual de direito penal**: parte geral. 3. ed. rev., ampl. e atual. Salvador: JusPodivm, 2015.

DELMANTO, Celso et al. **Código Penal comentado**. 9. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2016.

FAMILIARES de rapaz com deficiência mental grave, negam omissão e pedem ajuda para tratamento. **Diário Corumbaense**. Corumbá. 5 jul. 2018. Disponível <https://diarionline.com.br/?s=noticia&id=103514>. Acesso em: 2 fev. 2021.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**: na idade clássica. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 2017a.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017b.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 42. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

FRASSETO, Flávio Américo; VAY, Giancarlo Silkunas. Encruzilhadas entre o panpunitivismo e a redução da maioria penal. **Boletim do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais**, São Paulo, n. 271, jun. 2015. Disponível em:

https://arquivo.ibccrim.org.br/boletim_artigo/5436-Encruzilhadas-entre-o-panpunitivismo-e-a-reducao-da-maioridade-penal. Acesso em: 1 dez. 2020.

GOULART, Maria Stella Brandão; DURÃES, Flávio. A reforma e os hospitais psiquiátricos: história da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 22, n. 1, p. 112-120, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a14.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2020.

GRECO, Rogério. **Curso de direito penal**: parte geral. 19. ed. Niterói, RJ: Impetus, 2017. v. 1.

HIRDES, Alice. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100022&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 31 jul. 2020.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 29 jul. 2019.

IDOSA é morta a 50 facadas pela filha doente mental na Região de Venda Nova. **Estado de Minas Gerais**. [Belo Horizonte]. 10 out. 2013. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2013/10/10/interna_gerais,458463/idosa-e-morta-a-50-facadas-pela-filha-doente-mental-na-regiao-de-venda-nova.shtml. Acesso em: 2 fev. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Salvador**: população. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>. Acesso em: 20 dez. 2020.

INTERNOS que já cumpriram medidas continuam no HCT. **Ministério Público do Estado da Bahia**. Salvador. 6 maio 2009. Disponível em: <https://www.mpba.mp.br/noticia/25159>. Acesso em: 2 fev. 2021.

ITÁLIA. **Lei 180 de 13 de maio de 1978**. Institui controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios. Disponível em: http://www.abrasme.org.br/resources/download/1359320456_ARQUIVO_Lei_180_de_13_de_Maio_de_1978.pdf. Acesso em: 29 jul. 2019.

JAKOBS, Günther; MELIÁ, Manuel Cancio. **Direito penal do inimigo**: noções e críticas. 6. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

JORGE, Maria Salete Bessa *et al.* Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 734-9, nov./dez. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000600003&script=sci_arttext. Acesso em: 31 jul. 2020.

LAFER, Beny; VALLADA FILHO, Homero Pinto. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 21, s. 1, p. 12-17, maio, 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000500004&script=sci_arttext. Acesso em: 29 jul. 2019.

LASSALE, Ferdinand. **A essência da Constituição**. 6. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001.

LISBOA, Milena Silva. **Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização**. 2013, 290 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://leto.pucsp.br/bitstream/handle/17023/1/Milena%20Silva%20Lisboa.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

LOMBROSO, Cesare. **O Homem delinquente**. São Paulo: Ícone, 2013.

MACEDO, Camila Freire. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. **Jus Navigandi**, Teresina, v. 10, n. 1017, 2006. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/8246/a-evolucao-das-politicas-de-saude-mental-e-da-legislacao-psiquiatrica-no-brasil>. Acesso em: 1 dez. 2020.

MÃE mantém filho doente amarrado para não ser agredida. **Rádio FM Uirapuru**. Passo Fundo, RS. 25 jun. 2015. Disponível em: <https://rduirapuru.com.br/saude/mae-mantem-filho-doente-amarrado-para-nao-ser-agredida/> Acesso em: 2 fev. 2021.

MAÍLLO, Alfonso Serrano; PRADO, Luiz Regis. **Curso de criminologia**. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. American Psychiatric Association 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. *Ebook*.

MARQUES-TEIXEIRA, João. **Comportamento criminal: perspectiva biopsicológica**. Lisboa: Linda a Velha, 2000.

MENEZES, José Euclimar Xavier de. **Médicos e loucos no microscópio de Foucault**. Curitiba: CRV, 2016.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luísa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, SP, v. 4, n. 2, p. 1-19, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38679/41526>. Acesso em: 21 jun. 2020.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal comentado**. 17. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set./dez.2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702005000300018&script=sci_arttext. Acesso em: 1 mar. 2020.

OLIVEIRA, Eleusa Klipp de. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico frente à reforma psiquiátrica**: desafios e possibilidades. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/118809>. Acesso em: 19 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: ArtMed, 2020. *Ebook*.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2001 – saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. Acesso em: 3 jan.2021.

PACIENTES do CAPS Nise da Silveira estão produzindo máscaras de proteção facial”. **Prefeitura de Cosmópolis**. Cosmópolis, SP, 2021. Disponível em: <https://cosmopolis.sp.gov.br/categoria/saude/> Acesso em 19 mar. 2021.

PACIENTE judiciário tem medida de segurança extinta após atuação da DPE. **Defensoria Pública da Bahia**. Salvador, 13 dez. 2016. Disponível em: <https://www.defensoria.ba.def.br/noticias/paciente-judiciario-tem-medida-de-seguranca-extinta-apos-atuacao-da-dpe/> Acesso em: 2 fev. 2021.

PALMA, Rodrigo Freitas. **História do direito**. 7. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Paraná. **Processo nº 0000015-57.2019.8.16.0009**. Comarca de Curitiba. Vara de Execução de Penas de Réus ou Vítimas Femininas e de Medidas de Segurança de Curitiba Requerente: Elias Cezar. Requerido: Ministério Público do Estado do Paraná. Relator: Desembargador Fernando Wolff Bodziak. Curitiba, 14 maio 2019. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/processos/217055225/processo-n-0000015-5720198160009-do-tjpr>. Acesso em: 1 dez. 2020.

PESSOTO, Umberto Catarino; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck; GUIMARÃES, Raul Borges. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 9-22, jan./mar., 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 fev. 2021.

PINTO, Ricardo; NÚÑEZ, María Elena. **Imputabilidad y capacidad de culpabilidad**: perspectivas médicas y jurídico penales. Ciudadela: Dosyuna Ediciones Argentinas, 2009.

QUEIROZ, Valéria Debortoli de Carvalho. **Entre o passado e o presente**: a atuação da assistente social no campo da saúde mental. 2009, 163 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc->

rio.br/Busca_etds.php?sreSecao=resultado&nrSeq=15056@1 Acesso em: 19 ago. 2019.

REALE, Miguel. **Lições preliminares de direito**. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

REIS, Alberto Olavo Advíncula. Saúde mental, democracia e responsabilidade. **Journal of Human Growth and Development**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 11-15, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19938>. Acesso em: 19 ago. 2019.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **A origem da desigualdade entre os homens**. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2017.

SADÉ, Rossana Maria Seabra. **Portas abertas: do manicômio ao território - entrevistas triestinas**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. Disponível em: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Brasil/ffc-unesp/20170904061324/pdf_286.pdf. Acesso em: 1 mar. 2020.

SADIGURSKY, Dora; TAVARES, José Lucimar. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 6, n. 2, p. 23-27, abr. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n2/13904.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2020.

SANCHES, Rogério. **Manual de direito penal: parte geral**. Volume único. 3. ed. rev., ampl. e atual. Salvador: Editora JusPodivm, 2015.

SANTOS, Alana Rios Garcia *et al.* Perfil clínico dos pacientes com transtornos mentais internados em um hospital de custódia e tratamento - Bahia - Brasil. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 14, n. 2, p. 190-197, maio/ago. 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/13961/10838>. Acesso em: 1 mar. 2020.

SANTOS, Fernanda Marinela de Sousa. **Direito administrativo**. Salvador: Juspodivm, 2005. v.1.

SANTOS, Marcelo Justus dos; KASSOUF, Ana Lúcia. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. **Economia Aplicada**, Ribeirão Preto, SP, v. 11, n. 1, p. 5-26, jan./mar. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-80502007000100001&script=sci_arttext. Acesso em: 1 mar. 2020.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Comarca de Guarujá. **Apelação 0000094-36.2015.8.26.0223**. Apelante: Ministério Público do Estado de São Paulo. Apelado: Clerton Ferraz de Camargo. Relator: Desembargador Marco Antônio Cogan. São Paulo, 23 de março de 2017. Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/441982408/apelacao-apl-943620158260223-sp-0000094-3620158260223/inteiro-teor-441982428>. Acesso em: 29 jul. 2019.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. **Processo nº 1000644-67.2018.8.26.0333**. Comarca de Macatuba – Vara: Cível – Apelante: Dalva Luiza Paresqui Dias – Apelado: Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/processos/200531911/processo-n-1000644-6720188260333-do-tj-sp>. Acesso em: 1 dez. 2020.

SCHWAB, Camila de Miranda. **Direitos humanos também para os loucos**: uma análise crítica sobre o saco dos “desinternados” do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Faculdade de Direito. Universidade Federal da Bahia - UFBA. Salvador, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/28191>. Acesso em: 13 dez. 2020.

SEM CONSEGUIR vaga em hospital, mãe dopa e amarra filho que tentou se matar. **UOL Notícias**. São Paulo, 6 out. 2019. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2019/10/06/mae-dopa-e-amarra-filho-por-nao-conseguir-vaga-em-hospital-psiquiatrico.htm>. Acesso em: 2 fev. 2021.

SILVA, Martinho Braga Batista. As pessoas em medida de segurança e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto do plano nacional de saúde no sistema penitenciário. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 95-105, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19948/22028>. Acesso em: 19 ago. 2019.

SILVA, Paulo Roberto Fagundes *et al.* Desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 22, n. 7, p.2341-2352, jul. 2017 Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n7/2341-2352/pt/>. Acesso em: 27 maio. 2020.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 21, n. 7, p. 2101-2110, jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n7/2101-2110/pt/>. Acesso em: 19 ago. 2019.

SOUZA, Paulo César Zambroni de. Trabalho e transtornos mentais graves: breve histórico e questões contemporâneas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 154-167, 2006 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000100014>. Acesso em: 1 mar. 2020.

TORRES, Cláudia Regina de Vaz *et al.* Hospital de Custódia e Tratamento: clínica e pesquisa em contexto de privação de liberdade. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, n. 144, p. 377-396, 2018.

TORRES, Cláudia Regina de Vaz; FONSECA, Luis Antônio Nascimento. Ações de desinstitucionalização do Hospital de Custódia e Tratamento. **Revista Diálogos Possíveis**, Salvador, v. 19, n. 2, jul./dez. 2020. Disponível em:

<http://revistas.unisba.edu.br/index.php/dialogospossiveis/article/view/648/497>.
Acesso em: 14 jan. 2021

UCHÔA, Darcy de Mendonça; TOLEDO, Luiz Pinto de. O crime no período prodromico da esquizofrenia. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 45-72, jan./mar. 1944. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1944000100004&script=sci_arttext&lng=pt Acesso em: 29 jul. 2019.

VALENÇA, Alexandre Martins; MORAES, Talvane Marins de. Relação entre homicídio e transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, s. 2, p. 62-68, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000600003&script=sci_arttext. Acesso em: 29 jul. 2019.

VALVERDE, Fabrício Pires. **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Salvador – Bahia**: estrutura, recursos humanos e articulação em rede. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10432>. Acesso em: 1 mar. 2020.

VENTURINI, Ernesto. Prefácio. *In*: AMARANTE, Paulo, (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Coordenado por Paulo Amarante. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **O inimigo no direito penal**. 3. ed. reimp. Rio de Janeiro: Revan, 2014.