

# **PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS INTERNADOS NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO DO ESTADO DA BAHIA<sup>1</sup>**

**Alana Rios Garcia Santos<sup>2</sup>**

**Cristiane Araújo de Lima<sup>3</sup>**

**Elizabeth Silva Santos<sup>4</sup>**

**Jailza Ferreira Bastos<sup>5</sup>**

**Ledalene Gomes da Silva<sup>6</sup>**

## **RESUMO**

**Objetivo:** Caracterizar o perfil clínico e sócio-demográfico dos pacientes com transtorno mental internados no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) no município de Salvador, na Bahia. **Metodologia:** A população do estudo constituiu-se de 634 pacientes de ambos os sexos, internados no serviço, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014. Utilizou-se formulário próprio para a coleta de dados secundários contidos nos prontuários analisados. As variáveis pesquisadas formam o perfil dos pacientes com transtornos mentais, tendo como características sócio-demográficas investigadas: idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, religião, naturalidade e aspectos clínicos a partir dos diagnósticos apresentados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Além disso, as variáveis relacionadas ao tipo de delito cometido, situação judiciária atual, reincidência criminal, tempo de internação e motivo da alta. **Resultados:** Os principais resultados demonstraram que na população do HCT há uma predominância de pacientes do sexo masculino (591/ 634; 93,2%), solteiros (586/634 92,4%), com idade média de 35,7 anos, seguidores da religião católica (252/634; 39,7%), com etnia predominante de pardos em 74,5% (472/634), com ensino fundamental incompleto (371/634; 58,5%) e com naturalidade fora de Salvador em 84,5% (536/634) dos casos. Em relação às patologias mentais diagnosticadas, observou-se maior frequência diagnóstica de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos, Transtornos Delirantes (F20 – F29) entre todos pacientes, em segundo lugar do sexo masculino, os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (F10 – F19), e no sexo feminino o diagnóstico de retardo mental (F70 – F79). O delito cometido com mais frequência para ambos os sexos foi homicídio (23% para sexo masculino e 3,0% para feminino), seguido de tentativa de homicídio (13,7% para sexo masculino e 1,1% para feminino). Ambos os sexos, predominou de 0 - 1 ano o tempo de internação e não houve reincidência criminal. O principal motivo da alta foi de transferências (262/468, 41,3% sexo masculino e 21/468, 3,3% feminino). Na situação atual, encontra-se com laudo definitivo 30,1% (50/166) do sexo masculino e 2,4% (4/166) do feminino, seguido de 29,5% (49/166) em medida de

---

<sup>1</sup> Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Gestão em Saúde, na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira - UNILAB, sob orientação do Prof. Dr. Howard Lopes Júnior.

<sup>2-6</sup> Estudantes de Especialização em Gestão de Saúde pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Campus de São Francisco do Conde, Bahia, Brasil.

segurança para o sexo masculino. Conclusão: A partir do presente estudo tornou-se possível caracterizar, considerando o gênero masculino e feminino, o perfil clínico e sócio-demográficos dos pacientes internados no HCT, seus principais diagnósticos clínicos, evolução criminal e situação judicial, gerando dados fundamentais para a elaboração de medidas que ampliem e promovam com maior afinco a saúde mental dos pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento.

**Palavras-chaves:** doenças mentais - Salvador (BA); serviços de saúde mental; Hospital de Custódia e Tratamento.

## **ABSTRACT**

**Objective:** This study aimed to characterize the clinical profile and socio-demographic of patients with mental disorders hospitalized in Custody and Treatment Hospital (HCT) in the city of Salvador, Bahia. **Methodology:** The study population consisted of 634 patients of both sexes admitted to the service, from January 2012 to December 2014. We used a specific form for the collection of secondary data contained in the files. The researched variables form the profile of patients with mental disorders, with the socio-demographic characteristics researched: age, gender, ethnicity, marital status, education, religion, national origin and clinical features from the diagnostics presented according to the International Classification of Diseases (ICD-10). In addition, the variables related to the type of offense committed, the current legal situation, criminal recidivism, length of stay and high reason. **Results:** The main results showed that the HCT population there is a predominance of male patients (591/634; 93.2%), single (586/634 92.4%) with mean age of 35.7 years, followers of the Catholic religion (252/634; 39.7%), predominantly ethnic brown in 74.5% (472/634), with incomplete primary education (371/634; 58.5%) and naturally off Salvador in 84.5% (536/634) of the patients. Regarding diagnosed mental disorders, there was a higher frequency of diagnostic Schizophrenia, Schizotypal disorders, delusional disorders (F20 - F29) among all patients, second male, mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (F10 - F19), and female diagnosis of mental retardation (F70 - F79). The offense committed more often for both sexes was homicide (23% for males and 3.0% females), followed by attempted murder (13.7% for males and 1.1% females). Both sexes, prevailed 0-1 year length of stay and no criminal recidivism. The main reason for the increase was transfers (262/468, 41.3% males and 21/468, 3.3% female). In the current situation, meets final award 30.1% (50/166) males and 2.4% (4/166) of the female, followed by 29.5% (49/166) in safety measure for males. **Conclusion:** From this study it became possible to characterize, identifying male and female, clinical and sociodemographic profile of the patients admitted to the HCT, its main clinical diagnoses, evolution and criminal judicial situation, generating basic data for the preparation measures that enhance and promote more hard mental health of Custody and Treatment Hospital patients.

**Keywords:** mental illness - Salvador (BA); mental health services; Custody and Treatment Hospital.

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde mental é vista desde Foucault (1978) de maneira diferenciada e associados a exclusão, marginalização, desrazão e fuga da realidade, na qual o enclausuramento era a solução à desorganização social. A loucura institucionalizada converteu-se em entidade clínica em busca de cura, desde o tratamento moral proposto por Pinel (DESVIAT, 2008; JORGE, 2000), até a implantação da Reforma Psiquiátrica de caráter autenticamente democrático e social, propondo novas estratégias e direcionamentos frente ao cuidado em saúde mental. Ainda assim, a saúde mental enfrenta constantemente desafios na atenção às pessoas com transtornos mentais.

O limite entre o normal e patológico se define pela intensidade e duração das alterações comportamentais e mentais, através do diagnóstico clínico (ABREU, 2006; DALGALARRONDO, 2000). Os transtornos mentais são concebidos como síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento, incapacitação ou disfunção pessoal, ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade (DSM-IV-TR, 2002; CID-10, 1993).

As instituições fechadas ou totais, como conceituou Goffman (1999) cumpria uma função de ordem social e política, com ausência de dignidade humana, maus tratos e violência aos doentes. O movimento da reforma psiquiátrica buscava os direitos enquanto seres humanos, pregando a cidadania e novas formas de tratamentos e desinstitucionalização. A “loucura” se situava numa rede de significações, a construção de sua constituição e as transformações na sociedade (AMARANTE, 2006; 2009).

Como processo decorrente deste movimento e a necessidade de se adotar novas medidas terapêuticas de continuidade ao tratamento após alta, tem-se a Lei Pulo Delgado (Lei 10.216 de 2001) como reformulação do modelo de atenção à saúde mental, transferindo o foco de tratamento do modelo hospitalar, para um rede e atenção psicossocial. Apesar da política de saúde mental, há ainda uma população que vivem nos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico, e que são invisíveis diante da gestão da saúde e do sistema judiciário. Segundo Diniz (2011), “a invisibilidade do louco infrator não foi rompida com as conquistas de

Reforma Psiquiátrica dos anos 2000. Os manicômios abriram suas portas, e o tratamento em regime asilar passou a ser descrito como inumano”.

Assim, se manteve os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico para os pacientes com transtornos mentais que cometeram alguma infração que estão sob a responsabilidade do Estado. A Lei de Execuções Penais, Lei 7.209 de 11 de julho de 1894, afirma que “o condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado” (BRASIL, 1984).

No Brasil, Diniz (2013) realizou em 2011 um Censo dos estabelecimentos de custódia e tratamento de todo o país. Este estudo inédito possibilitou conhecer uma das populações mais vulneráveis que vivem nessas instituições, a partir de dados sociodemográficos, de saúde mental e do itinerário jurídico. Em 2011, havia 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico localizados em presídios ou penitenciárias. São 3.989 homens e mulheres vivendo em regime de clausura para tratamento psiquiátrico compulsório por determinações judiciais no Brasil. A população é majoritariamente masculina (92%), 58% com idade entre 20-39 anos e média etária de 35 anos. 44% entre pretos e pardos, 77% solteiros, 43% tinham ensino fundamental incompleto e 23% analfabetos, 31% em profissões que exigiam pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional (vendedores, agricultores, serviços administrativos) e 17% sem profissão. 71% encontram-se em medida de segurança, destes 42% foram diagnosticados de Esquizofrenia e 43% cometeram crimes contra a vida (que inclui homicídio e tentativa de homicídio). O censo encontrou dezoito indivíduos internados há mais de trinta anos em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico em situação de abandono perpétuo, correspondendo 0,5% da população estudada.

Na Bahia há um único Estabelecimento criado em 1928 e localizado no bairro Baixa do Fiscal, em Salvador. O antigo Manicômio Judiciário, atualmente é chamado de Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), vinculado à Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização do Estado é destinado aos portadores de transtornos mentais ou drogaditos (usuários de drogas que desenvolvem transtornos mentais) que cometeram delitos, e são considerados inimputáveis, ou seja, no momento do ato criminoso, o infrator era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato (BRASIL, 1940). No HCT, o “louco infrator” é avaliado por médicos peritos que fazem um laudo de sanidade mental o

qual determina se o indivíduo tinha consciência ou não no momento do crime. Esse parecer técnico é encaminhado ao juiz que concede a Medida de Segurança (de internação ou de tratamento ambulatorial, devendo receber tratamento psiquiátrico adequado). A Medida de Segurança tem duração de no máximo três anos, mas pode ser renovada infinitamente, transformando-se, para alguns, numa espécie de prisão perpétua. (BRASIL, 1940).

A partir da primeira internação, o indivíduo ingressa no esquema irreversivelmente estigmatizante dos manicômios judiciais, construído em uma espécie de limbo onde a Medicina atribui a responsabilidade à Justiça e esta o devolve à Medicina, jamais consegue escapar do encarceramento (GOFFMAN, 1999).

O Censo de 2011, feito por Diniz (2013) constatou que no HCT Bahia, a população internada era de 151 indivíduos, sendo 92% homens, 63% com idade entre 20 e 39 anos e média etária era de 37 anos. 87% são solteiros, 82% entre pretos e pardos, 52% tinham ensino fundamental incompleto e 28% analfabetos. 45% tinham profissões que exigiam pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional (como vendedores, agricultores, serviços administrativos) e 5% sem profissão. Quanto à situação judicial, 67% estavam em internação provisória e 33% em medida de segurança. Destes 56% foram diagnosticados de Esquizofrenia e 43% cometeram crimes sendo que contra a vida (incluindo homicídio e tentativa de homicídio).

Os dados do Censo de 2011 dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Brasil e mais especificamente do HCT Bahia, permitiu conhecer o perfil sócio demográfico, as infrações, os diagnósticos e a situação judicial dessa população. Enquanto era um universo desconhecido, era também um obstáculo para o planejamento e aperfeiçoamento das políticas penitenciárias e de assistência em saúde mental. Ao compreender aspectos que envolvem pacientes psiquiátricos infratores e custodiados, é possível delinear novas estratégias de cuidado em saúde mental para contribuir com papel da gestão pública referente à Política de Saúde Mental. Segundo Cohen (2006), justiça e saúde mental articulam-se sobre outra óptica, tentando encontrar uma linguagem comum e novas alternativas de atuação

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa retrospectiva, documental e descritiva, de abordagem quantitativa que se utiliza de um levantamento de dados secundários, a partir de prontuários clínicos de pacientes internados no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), no município de Salvador, na Bahia. A unidade de saúde, *lócus* da pesquisa, atende indivíduos com transtornos mentais e é um serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na rede estadual de saúde do referido município.

A coleta de dados foi realizada do período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014. Foi administrado um formulário próprio para a coleta de dados secundários contidos nos prontuários analisados. As variáveis pesquisadas formam o perfil dos pacientes com transtornos mentais do HCT, tendo como características sociodemográficas investigadas: idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, religião, naturalidade e aspectos clínicos a partir dos diagnósticos apresentados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Além disso, as variáveis relacionadas ao tipo de delito cometido, situação judiciária atual, reincidência criminal, tempo de internação e motivo da alta.

Vale ressaltar que o referente estudo cumpriu as exigências éticas de pesquisa com seres humanos, definidas pela Resolução CNS 466/12. O projeto que deu origem ao estudo foi aprovado sob o parecer nº 1.049.525, disponibilizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Os dados obtidos a partir das análises das variáveis analisadas contidas nos prontuários clínicos foram tabulados e analisados através da estatística analítico-descritiva, com auxílio do software Microsoft Office Excel 2010 (*Microsoft Corporation*, Redmond, WA).

### 3 RESULTADOS

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica dos pacientes com transtornos mentais atendidas no HCT em Salvador, Bahia, de 2012 a 2014

<b>Variáveis</b>	<b>Nº (%)</b>
Nº de casos	634
Estratificação de casos / Ano	
2012	187 (29,5)
2013	196 (30,9)
2014	85 (13,4)
Internados	166 (26,2)
Sexo	
Masculino	591 (93,2)
Feminino	43 (6,8)
Idade <sup>a</sup>	35,7 (19-73)
18-29 anos	187 (29,5)
30-39 anos	228 (35,9)
40-59 anos	162 (25,6)
60 anos ou mais	18 (2,8)
Desconhecido <sup>b</sup>	39 (6,2)
Estado Civil	
Solteiro	586 (92,4)
Casado	41 (6,5)
Outros <sup>b</sup>	7 (1,1)
Etnia	
Negro	73 (11,5)
Pardos	472 (74,5)
Branco	89 (14,0)
Escolaridade	
Analfabeto	111 (17,5)
Ensino Fundamental Incompleto	371 (58,5)
Ensino Fundamental Completo	19 (2,9)
Ensino Médio Incompleto	16 (2,5)
Ensino Médio Completo	24 (3,9)
Ensino Superior Incompleto	7 (1,1)
Ensino Superior Completo	7 (1,1)
Desconhecido <sup>c</sup>	79 (12,5)
Religião	
Católico	252 (39,7)
Evangélico	79 (12,5)
Espírita	3 (0,5)
Irreligião	138 (21,8)
Desconhecido <sup>c</sup>	162 (25,5)
Naturalidade	
Salvador	98 (15,5)
Feira de Santana	18 (2,8)
Valença	14 (2,2)
Santo Antônio de Jesus	13 (2,0)
Alagoinhas	12 (1,9)
Itabuna	12 (1,9)
Outros Municípios	434 (68,5)
Outros Estados	29 (4,6)
Desconhecidos	04 (0,6)

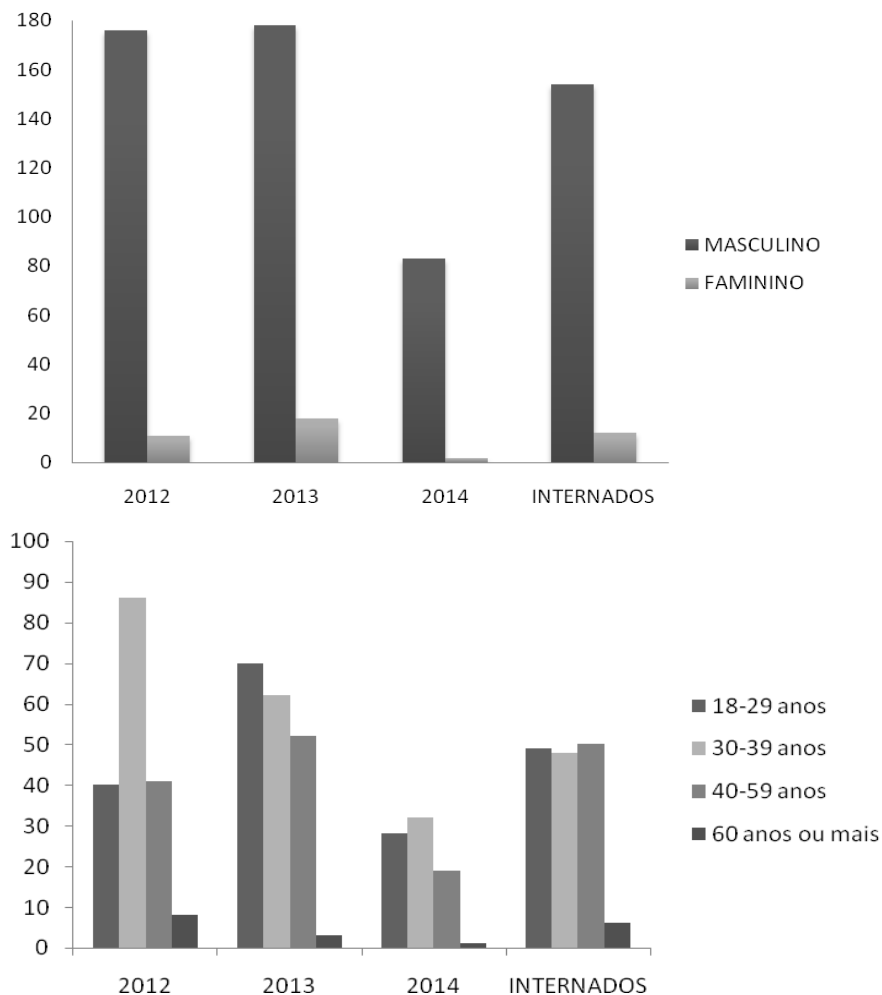
<sup>a</sup> Valor de Média (Mínimo- Máximo).

<sup>b</sup> Valores não informados nos prontuários clínicos.

<sup>c</sup> Estado civil com status de Divorciado e Viúvo.

A população da pesquisa constituiu-se de 634 prontuários de pacientes de ambos os sexos, internados no HCT no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014. Em relação aos aspectos sociodemográficos, os principais resultados demonstraram que há uma predominância de pacientes do sexo masculino (591/634; 93,2%), solteiros (586/634 92,4%), com idade média de 35,7 anos, com etnia predominante de pardos em 74,5% (472/634), ensino fundamental incompleto (371/634; 58,5%) e seguidores da religião católica (252/634; 39,7%). Quanto a naturalidade, 15,5% são de Salvador, enquanto em 84,5% (536/634) dos casos, pertencem à outros municípios fora de Salvador (Tabela 01).

O Gráfico 1 mostra que houve um predomínio significativo de casos de pacientes do sexo masculino em todos os anos, sendo que em 2014 houve uma grande diminuição do número de internações. Adicionalmente, verifica-se no Gráfico 01 (B) que houve uma constância de casos de pacientes com idade economicamente ativa (18 a 59 anos) atendidos em todo o período avaliado.



**Tabela 2** - Caracterização dos tipos de delitos, diagnóstico clínico, tempo de internação e ocorrência de reincidência criminal de pacientes com transtornos mentais com alta hospitalar assistidos no HCT no período de 2012 a 2014

Variáveis associadas aos prontuários clínicos	Masculino	Feminino
	N (%)	N (%)
Tipo de Delito		
Ameaça	41 (8,8)	1 (0,2)
Entorpecentes	19 (4,1)	2 (0,4)
Estupro	20 (4,3)	0 (0,0)
Estupro de Vulnerável	10 (2,1)	0 (0,0)
Furto / Roubo	76 (16,2)	2 (0,4)
Homicídio	108 (23,0)	14 (3,0)
Lesões Corporais	21 (4,5)	4 (0,8)
Tentativa de Homicídio	64 (13,7)	5 (1,1)
Desconhecidos / Ignorados/ Outros	78 (16,7)	3 (0,6)
Patologias Mentais diagnosticadas de acordo com o CID-10 <sup>a</sup>		
Transtornos Mentais Orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 – F09)	40 (8,5)	3 (0,6)
Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de Substância Psicoativa (F10 – F19)	57 (12,2)	2 (0,4)
Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos, Transtornos Delirantes (F20 – F29)	133 (28,4)	12 (2,6)
Transtornos de Humor [afetivos] (F30 – F39)	8 (1,7)	0 (0,0)
Transtornos da Personalidade e do comportamento adulto (F60 – F69)	23 (4,9)	1 (0,2)
Retardo Mental (F70 – F 79)	48 (10,3)	5 (1,1)
Sem doença	49 (10,5)	0 (0,0)
Desconhecidos / Ignorados/ Outros	79 (16,9)	8 (1,7)
Tempo de internação		
0-1 anos	393 (84,0)	26 (5,6)
2-3 anos	29 (6,2)	3 (0,6)
4 anos ou mais	15 (3,2)	2 (0,4)
Reincidência Criminal		
Sim	160 (34,2)	9 (1,9)
Não	277 (59,2)	22 (4,7)
Motivo da Alta <sup>a</sup>		
Alvará de Soltura	45 (7,0)	6 (0,9)
Carta de Desinternação	37 (5,8)	1 (0,1)
Decisão Interlocutória	63 (9,9)	2 (0,3)
Decisão Judicial	6 (0,9)	1 (0,1)
Transferências	262 (41,3)	21 (3,3)
Evasão	10 (1,5)	0 (0,0)
Óbito	6 (0,9)	0 (0,0)
Desconhecidos / Ignorados/ Outros	8 (1,2)	0 (0,0)
Total de pacientes <sup>a</sup>	468	

<sup>a</sup> Classificação CID-10 de acordo com WHO (2010).

<sup>b</sup> Valores desconhecidos, ignorados ou irrelevantes informados nos prontuários clínicos analisados.

\* Exclui-se os pacientes internados.

Quanto ao delito cometido, houve predomínio para ambos os sexos de homicídio (23% para sexo masculino e 3,0% para feminino), seguido de tentativa de homicídio (13,7% para sexo masculino e 1,1% para feminino). Quanto à comparação dos diagnósticos clínicos, a patologia mental mais comum diagnosticada para o sexo masculino com 28,4% foi a Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos, Transtornos Delirantes (F20 – F29), seguida de 12,2% de Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de Substância Psicoativa (F10 – F19) e 10,3% de

Retardo Mental (F70 – F79). Já para o sexo feminino verificou-se predominou também o diagnóstico de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos, Transtornos Delirantes (F20 – F29) em 2,6%, seguido de 1,1% de Retardo Mental (F70 – F79) e 0,6% dos Transtornos Mentais Orgânicos, inclusive os sintomáticos. (F00 – F09) (Tabela 02).

Em relação ao tempo de internação, ambos os sexos permaneceram de 0 - 1 ano internados (84% (393/634) do sexo masculino e 5,6% (26/634) do sexo feminino). Não houve reincidência criminal em 59,2% (277/634) do sexo masculino e 4,7% (22/634) do sexo feminino. O principal motivo da alta foi de Transferências (262/468, 41,3% sexo masculino e 21/468, 3,3% feminino), seguido de Decisão Interlocutória para sexo masculino (9,9%) e de Alvará de Soltura para o sexo feminino (0,9%). (Tabela 02)

A Tabela 03 mostra a caracterização dos pacientes com transtornos mentais internados no HCT em Salvador, Bahia, no período de 2012 a 2015. Com relação a situação jurídica atual encontram-se com laudo definitivo 30,1% (50/166) do sexo masculino e 2,4% (4/166) do feminino, seguido de 29,5% (49/166) em medida de segurança para o sexo masculino.

Os tipos de delitos mantém a predominância geral de Homicídio em primeiro lugar, seguido de tentativa de Homicídio para ambos os sexos. Assim como, o diagnóstico clínico predominante de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes em 42,4% no sexo masculino e 2,4% no feminino; seguido de Retardo Mental (F70 – F 79) no sexo masculino e de Transtornos da Personalidade e do Comportamento Adulto (F60 – F69) no feminino.

O tempo de internação predominante é de 0 – 1 ano em 61,5% do sexo masculino e de 7,2% no sexo feminino. Não ocorre reincidência criminal em 50% dos pacientes do sexo masculino e em 4,8% do sexo feminino internados atualmente no HCT.

**Tabela 3** - Caracterização dos tipos de delitos, diagnóstico clínico, tempo de internação e ocorrência de reincidência criminal de pacientes com transtornos mentais internados no HCT em Salvador, Bahia, no período de 2012 a 2015

Variáveis associadas ao Registro do Boletim de Ocorrência	Masculino	Feminino
	N (%)	N (%)
<b>Situação atual</b>		
Encaminhado para Exames	27 (16,3)	2 (1,2)
Com laudo clínico definitivo	50 (30,1)	4 (2,4)
Com laudo clínico provisório	17 (10,3)	4 (2,4)
Estabelecido medida de segurança	49 (29,5)	2 (1,2)
Problema Social	5 (3,0)	0 (0,0)
Estabelecido Alvará de Soltura	0 (0,0)	0 (0,0)
Decisão Intelocutória	3 (1,8)	0 (0,0)
Encaminhado para tratamento psiquiátrico	3 (1,8)	0 (0,0)
<b>Tipo de Delito</b>		
Ameaça	11 (6,6)	0 (0,0)
Entorpecentes	2 (1,2)	1 (0,6)
Estupro	3 (1,8)	0 (0,0)
Estupro de Vulnerável	2 (1,2)	0 (0,0)
Furto/ Roubo	12 (7,2)	0 (0,0)
Homicídio	72 (43,4)	7 (4,2)
Lesões Corporais	10 (6,0)	1 (0,6)
Tentativa de Homicídio	27 (16,3)	3 (1,8)
Desconhecidos / Ignorados / Outros <sup>b</sup>	15 (9,1)	0 (0,0)
<b>Patologias Mentais diagnosticadas de acordo com o CID-10<sup>a</sup></b>		
Transtornos Mentais Orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 – F09)	6 (3,6)	0 (0,0)
Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de Substância Psicoativa (F10 – F19)	10 (6,0)	0 (0,0)
Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos, Transtornos Delirantes (F20 – F29)	70 (42,2)	4 (2,4)
Transtornos de Humor [afetivos] (F30 – F39)	5 (3,0)	1 (0,6)
Transtornos da Personalidade e do comportamento adulto (F60 – F69)	3 (1,8)	2 (1,2)
Retardo Mental (F70 – F 79)	12 (7,3)	0 (0,0)
Sem doença	1 (0,6)	0 (0,0)
Desconhecidos / Ignorados/ Outros <sup>b</sup>	47 (28,3)	5 (3,0)
<b>Tempo de internação</b>		
0-1 anos	102 (61,5)	12 (7,2)
2-3 anos	36 (21,7)	0 (0,0)
4 anos ou mais	16 (9,6)	0 (0,0)
<b>Reincidência Criminal</b>		
Sim	71 (42,8)	4 (2,4)
Não	83 (50,0)	8 (4,8)
<b>Total de pacientes*</b>	166	

<sup>a</sup> Classificação CID-10 de acordo com WHO (2010).

<sup>b</sup> Valores desconhecidos, ignorados ou irrelevantes informados nos prontuários clínicos analisados.

\* Exclui-se os pacientes que receberam alta hospitalar.

## 4 DISCUSSÃO

A presente pesquisa consistiu no estudo realizado na cidade de Salvador, na Bahia, que buscou demonstrar a caracterização do perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes com transtornos mentais internados no único Hospital de Custódia e Tratamento do Estado. Em relação aos achados deste estudo, foi possível observar que o HCT é destinado aos portadores de transtornos mentais ou drogaditos que cometeram delitos. O infrator por ser inimputável, pois no momento do ato criminoso, era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (BRASIL, 1940, art. 26), não podem ser reponsabilizados, não cumprem pena privativa de liberdade em uma penitenciária comum.

Em vez disso, o louco infrator é avaliado por médicos peritos do Hospital de Custódia que fazem um laudo de sanidade mental o qual determina se o indivíduo tinha consciência ou não no momento do crime. Os médicos encaminham o parecer técnico ao juiz que concede a Medida de Segurança (de internação ou de tratamento ambulatorial, devendo receber tratamento psiquiátrico adequado) (BRASIL, 1940, art. 96).

Os dados obtidos com o levantamento dos prontuários dos pacientes quanto aos achados de 2012 a 2014 dos 634 dos pacientes com transtornos mentais atendidos observa-se que em 2013 foi o ano em que apresentou maior índice de internados no HCT com 196 (30,9%), já em 2014 foi o ano com menor índice de pacientes internados com 85 (13,4%).

Quanto ao sexo dentre os pacientes nesse período foram do sexo masculino 591(93,2%) e feminino 43(6,8%). Em relação à idade dos pacientes, foram encontradas idades compreendidas entre 18 a 60 anos. Já quanto a estado civil 586 (92,4) são solteiros, casados 41(6,5%) e outros 7(1,1%).

A maioria da população do HCT compreende uma faixa etária de 20 a 39 anos (63%). sendo uma população considerada idade produtiva ou economicamente ativa que está fora do mercado de trabalho. Cerca de 45% exerciam atividade com baixa qualificação profissional (como vendedores, agricultores e serviços administrativos) e 5% não tinham profissão.

Quanto à predominância étnica, o grupo definido como pardos aparecem com maior índice 472 (74,5%) dos pacientes e com menor índice negros 73 (11,5%).

Outro dado relevante sobre a característica étnica é o grupo de brancos perfazendo 89 pacientes com percentual (14%) dos pacientes.

Em relação à escolaridade dos pacientes, o maior índice refere-se ao ensino fundamental incompleto com 371 dos pacientes, totalizando mais de 58,5% dos analisados e com menor índice 7 são com superior incompleto e 7 com superior completo totalizando (1,1%) respectivamente.

Já em relação à opção religiosa, a pesquisa apontou que o catolicismo aparece com maior índice, confirmando uma realidade brasileira de predomínio da religião católica, segundo o Atlas da filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil (JACOB et al., 2003).

Contudo de acordo com os dados do Censo Demográfico 2010 mostram o crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil. A proporção de católicos seguiu a tendência de redução observada nas duas décadas anteriores, embora tenha permanecido majoritária (IBGE, 2010). Já o grupo de pacientes com religião não definida vem em segunda porcentagem com 162 (25,5).

Em relação à origem dos usuários, é apontado na pesquisa que os mesmos são de diversas cidades, contudo em grande parte, são naturais de Salvador (15,5%).

Em relação aos delitos de maior frequência apresentados neste estudo estão relacionados a homicídios, com índice maior de 108 (23,0) do sexo masculino e 14 (3,0) homicídios do sexo feminino. Em relação a patologia diagnosticadas CID-10<sup>a</sup> a de maior índice é Esquizofrênica, Transtornos Esquizotípicos, Transtornos Delirantes (F20 – F29) para os dois sexos, com porcentagem 133 (28,4) dos pacientes do sexo masculino e 12 (2,6) pacientes do sexo feminino. Esse indicativo aponta que as mesmas patologias são predominantes em ambos os sexos. É possível observar, os dados relativos ao motivo de alta para ambos os sexos foi relacionado à transferência.

Quase 20% dos internos de manicômios judiciários sentenciados depois da Lei 10.216/2001, que estabeleceu no país os direitos dos doentes mentais, receberam medida de segurança por tempo indeterminado. Pela lei, a medida, que é o tratamento psiquiátrico determinado pela Justiça em virtude de delitos cometidos, tem que indicar um período mínimo de internação, de um a três anos. Depois desse tempo, o paciente passa por exame de cessação de periculosidade anualmente até ter condições de ganhar a liberdade. (DINIZ, 2013)

Percebe-se que, o modelo de atendimento da saúde mental modificou-se com o avanço das políticas públicas de saúde, alterando o perfil de acompanhamento do paciente. No entanto, na prática, não se percebe grandes mudanças por parte da política e da gestão para as pessoas com transtornos mentais privadas de liberdade, que historicamente é uma conduta desumana e isolada dos pacientes.

O manicômio caminha inevitavelmente para o fim devido a seu caráter arcaico de instituição para responder a outras demandas sociais. Sua persistência está muito mais relacionada ao fator econômico do que ao valor terapêutico ou social. (AMARANTE, 2006). Não há um único responsável pelos entraves do processo ao qual os loucos infratores se submetem. Mesmo sendo 634 pessoas no HCT, número bem inferior aos mais de meio milhão de detentos comuns, a engrenagem do sistema é falha em vários aspectos. Faltam peritos e equipamentos para fazer os laudos psiquiátricos. O tratamento dentro das instituições nem sempre é o adequado, sem falar nas condições físicas dos locais. Quando o paciente consegue passar por tudo isso, vem a morosidade da Justiça.

Apesar da lei, existe uma população esquecida, silenciada e abandonada por um descaso histórico (DINIZ, 2013), ao serem levantados os muros do manicômio judiciário, emparedava-se o conflito e aqueles sobre os quais ele se projetava; emparedava-se uma concepção da pessoa humana que, mesmo incompatível com qualquer sistema de regras morais, impunha-se, através da ciência, em um mundo inebriado pelo progresso (CARRARA, 1998). O sistema que desrespeita direitos constitucionais, como a dignidade da pessoa humana e a liberdade.

Por isso, Desviat (2008) afirma que garantir a segurança e uma assistência aceitável, respeitando a dignidade da pessoa, é o desafio que se apresenta aos cidadãos, governantes e especialistas. O que não se opõe, mas apenas situa em seu lugar, a luta por uma sociedade justa e solidária.

Assim, ao se realizar atividades preventivas e de tratamentos em saúde mental, deve ser considerado tanto a situação diagnóstica e jurídica, quanto à situação social para que as políticas públicas em saúde mental sejam mais efetivas, delineando novas estratégias para contribuir com as pessoas com transtornos mentais internadas no HCT.

## 5 CONCLUSÃO

A pesquisa foi realizada no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) no município de Salvador, na Bahia, entre o período de Janeiro de 2012 à Dezembro de 2014. Esta unidade de saúde é responsável pela internação judiciária de indivíduos com distúrbios mentais. É um serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização, do Governo do Estado da Bahia.

Houve um aumento na internação de pacientes com transtornos mentais no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) em Salvador, Bahia no período de Janeiro de 2012 à Janeiro de 2014.

Percebe-se que a exclusão, no caso dos loucos, produziu, um outro fenômeno, que a igualdade material apenas não supre: produziu... desfiliação. E esta se distingue da pobreza ou da privação de bens materiais por agregar à mesma a ruptura dos vínculos e a ausência de futuro, gerando invisibilidade social. (SILVA, 2004).

Segundo Amarante (2007) questionar e lutar contra a violência institucional e verticalidade nas relações intra-institucionais nos serviços de saúde mental seria um caminho no sentido de propor a "transversalidade" que se entende como encontro e ao mesmo tempo o confronto dos papéis profissionais e institucionais com o intuito de problematizar as hierarquias e hegemonias em busca de melhorias e de qualidade no cuidado ofertado.

Os avanços no campo da saúde mental dependem hoje fundamentalmente da capacidade dos gestores se articularem intersetorialmente, assegurando atenção política e trabalho integrado entre todas as linhas e níveis de atuação governamental no campo da saúde mental (BRASIL, 2011, p. 9).

As políticas de saúde mental frente ao atendimento de pacientes de transtornos mentais custodiados pela justiça precisam ser avaliadas e reformuladas visando à manutenção da qualidade dos serviços ofertados ocasionando uma melhora na qualidade de vida dos pacientes internados no HCT.

Para Camargo & Neves (2004), a importância da Saúde Mental é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde desde a sua origem, e está refletida em sua definição de saúde "não a simples ausência de doença ou enfermidade", mas como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social". Os sofrimentos psíquicos

são influenciados por uma série de fatores seja biológicos, psicológicos e/ ou sociais, atingindo pessoas de todas as idades, meio ou classe social. Por isso, é fundamental que as pessoas com transtornos psíquicos possam ser acompanhadas por um serviço de qualidade, o que possibilita um tratamento adequado e uma possível ressocialização na comunidade.

Vasconcelos (2008) completa que os profissionais da área de saúde mental, em sua intervenção junto aos usuários e à família, atentem para esta realidade, para propiciar aquelas possibilidades de superar as dificuldades em lidar com pacientes custodiados.

Então, o Hospital de Custódia e Tratamento – HCT de Salvador foi escolhida por ser o único serviço específico de internação judiciária para pessoas com transtorno mental que cometerem crimes no Estado da Bahia, podendo fornecer dados pertinentes às características dos pacientes internados nesta instituição, buscando a compreensão de aspectos relacionados à saúde mental a partir da sua história, constituição, processo de patologização do sujeito, bem como o processo de institucionalização e de desinstitucionalização, além das possibilidades de intervenção da gestão de políticas em saúde pública em Salvador – Ba.

A partir da percepção desta vivência, percebeu-se a relevância de um estudo científico aprofundado em relação ao perfil dos pacientes custodiados pelo Estado. Além disso, a busca da efetivação de direitos e da qualidade do serviço é de interesse tanto dos pacientes, familiares e profissionais quanto da gestão, pois garante a proteção e os direitos das pessoas que sofrem de transtornos psíquicos conforme a Lei Paulo Delgado.

## REFERÊNCIAS

ABREU, C. N. de *et al.* **Síndromes psiquiátricas**: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 2ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

AMARANTE, P. Rumo ao fim dos Manicômios. **Scientific American - mente e cérebro**. set 2006. Disponível em:

<[http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo\\_ao\\_fim\\_dos\\_manicomios.htm](http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios.htm)>. Acesso: 20 mai 2015.

BRASIL. Decreto-Lei Nº. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal Brasileiro**, artigo 26. Dispõe sobre a inimputabilidade de portadores de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, determinando que estes eram inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito no momento da ação criminosa.

BRASIL. **Legislação em Saúde mental**: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007- 2010. Ministério da Saúde: Janeiro de 2011, 106 p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf)>. Acesso: 23 ago. 2013.

BRASIL. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Ministério da Saúde: Brasília, 2005. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>>. Acesso em: 05 ago. 2013.

CARRARA, S. **Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998.

COHEN, C. *et al* (org). **Saúde Mental, Crime e Justiça**. 2ªed. São Paulo: Edusp, 2006.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DESVIAT, M. **A reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2008.

DINIZ, **A custódia e o Tratamento psiquiátrico no Brasil**: Censo 2011. Brasília: Letras livres, Ed. Universidade de Brasília. 2013.

DSM-IV-TR – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Introdução. Tradução: Cláudio Dornelles. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FERRO. L.F. Trabalho Territorial em Hospitais Psiquiátricos: Construindo no presente um futuro sem manicômios. Universidade Federal do Paraná, **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 29, n.04, p.752-767, 2009.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1ª. Ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FONTES, M. **A Casa dos Mortos**; de Débora Diniz. RECIIS. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde (Edição Online), v. 3, p. 97-99, 2009. Disponível em <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/>> Acesso em: 24 ago 2014

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística**. Bahia, Salvador Infográficos: dados gerais do Município (2010). Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

JACOB, C. R. *et al.* **Atlas da filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: PUC-Rio; Loyola, p. 240, 2003.

JORGE, M. S. B. *et al.* (org.) **Saúde Mental**: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

CID-10. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas Organização Mundial Saúde. (Coord.) Porto Alegre: Artmed, 1993

SILVA, R. Um parceiro da loucura. Universidade Federal do Paraná. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v 1, n. 1. 2004.