

Perfil clínico dos pacientes com transtornos mentais internados em um hospital de custódia e tratamento – Bahia – Brasil

Clinical profile of patients with mental disorders hospitalized in a custody and treatment hospital – Bahia – Brazil

Alana Rios Garcia Santos¹, Cristiane Araújo de Lima², Elizabeth Silva Santos², Jailza Ferreira Bastos², Ledalene Gomes da Silva², Helson Freitas da Silveira³, Howard Lopes Ribeiro Junior^{4*}

¹*Terapeuta Ocupacional. Especialista em Neuropsicologia e em Saúde Mental com ênfase na atenção básica. Acadêmico de Pós-graduação em Especialização em Gestão de Saúde;* ²*Assistente Social. Acadêmica de Pós-graduação em Especialização em Gestão de Saúde;* ³*Médico Veterinário. Mestre em Ciências Morfofuncionais pela Universidade Federal do Ceará;* ^{4*}*Biólogo. Mestre e Doutorando em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará. Professor-Pesquisador II do curso de Especialização em Gestão de Saúde.*

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 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 demográfico 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 de Salvador.

Palavras-chave: Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Hospital de Custódia. Saúde Pública.

Abstract

Objective: this study aimed to characterize the clinical and socio-demographic profile of patients with mental disorders hospitalized in the Hospital de Custódia e Tratamento (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 records. 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 in 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 born in 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

Correspondente/Corresponding: *Howard Lopes Ribeiro Junior. R. Coronel João de Oliveira, 1001, Messejana, 60841-820, Fortaleza, Ceará, Brazil. E-mail: howard@unilab.edu.br

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 Salvador Custody and Treatment Hospital patients.

Keywords: Mental Health. Mental Health Services. Custody Hospital. Public Health.

INTRODUÇÃO

Desde Foucault (1978), a saúde mental ainda é vista de maneira diferenciada sendo associada 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 (JORGE, 2000; DESVIAT, 2008) até a implantação da reforma psiquiátrica de caráter autenticamente democrático e social (AMARANTE, 2009), propondo novas estratégias e direcionamentos frente ao cuidado em saúde mental.

O movimento da reforma psiquiátrica buscou definir os direitos do doente enquanto seres humanos, pregando a cidadania frente às novas formas de tratamentos e desinstitucionalização (AMARANTE, 2006; AMARANTE, 2009). Como processo decorrente deste movimento e da necessidade de se adotar novas medidas terapêuticas de continuidade ao tratamento após alta, teve-se a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216 de 2001) como reformulação do modelo de atenção à saúde mental, transferindo o foco de tratamento do modelo hospitalar para uma rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2001).

Apesar da existência de uma política de saúde mental no Brasil, há ainda uma população que vive nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs) que são invisíveis diante da gestão da saúde e do sistema judiciário brasileiro (DINIZ, 2013). Os HCTPs correspondem a estabelecimentos públicos que recebem pacientes com transtornos mentais que cometeram alguma infração ou que estão sob a responsabilidade do estado (DINIZ, 2013). Adicionalmente, em relação ao código penal brasileiro, é importante ser enfatizado que a lei 7.209 de 11 de julho de 1894 (lei de execuções penais) afirma que o infrator 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).

Goffman (1999) cita que, a partir da primeira internação do indivíduo em um HCTP, o infrator 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, fazendo com que o infrator jamais consiga “escapar” do encarceramento (GOFFMAN, 1999). Ainda sobre os HCTPs, Diniz (2013) cita que a invisibilidade do “louco” infrator não foi rompida com as conquistas da reforma psiquiátrica dos anos 2000 sendo descrito como inumano o tratamento em regime asilar promovido nos manicômios brasileiros.

No Brasil, Diniz (2013) realizou, em 2011, um importante censo acerca dos HCTPs dispersos por todo o país. Este estudo inédito possibilitou conhecer uma das

populações mais vulneráveis que vivem nessas instituições a partir da análise de dados sociodemográficos, de saúde mental e do seu itinerário jurídico (DINIZ, 2013). De acordo com este estudo, em 2011, havia 23 HCTPs e 3 alas de tratamento psiquiátrico (ATP) localizados no sistema penitenciário brasileiro (DINIZ, 2013). Foram identificados no estudo um total de 3.989 homens e mulheres vivendo em regime de clausura para tratamento psiquiátrico compulsório por determinações judiciais no Brasil (DINIZ, 2013).

No estado da Bahia, o antigo Manicômio Judiciário atualmente é chamado de hospital de custódia e tratamento (HCT) estando vinculado à secretaria de administração penitenciária e ressocialização do estado. O HCT de Salvador é destinado aos portadores de transtornos mentais ou drogaditos (usuários de drogas que desenvolvem transtornos mentais) que cometeram delitos e são considerados imputáveis, ou seja, no momento do ato criminoso, o infrator foi inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato (BRASIL, 1940). No HCT de Salvador, o paciente infrator é avaliado por médicos peritos que fazem um laudo de sanidade mental no qual determinam se o indivíduo teve consciência ou não no momento do crime. Esse parecer técnico é encaminhado ao juiz que concede ou não a medida de segurança, sendo esta de internação ou de tratamento ambulatorial (BRASIL, 1940). 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).

No censo de 2011, feito por Diniz (2013), foi constatado que no HCT de Salvador, a população internada era de 151 indivíduos, sendo a maioria composta por homens, com idade entre 20 e 39 anos e média etária de 37 anos, solteiros, com etnia preta e parda predominantemente, com escolaridade a nível de ensino fundamental incompleto e/ou analfabetos. Adicionalmente, observou-se que os infratores, em sua maioria, foram diagnosticados com Esquizofrenia, estavam inseridos no processo de internação provisória e associados a crimes contra a vida (incluindo homicídio e tentativa de homicídio) (DINIZ, 2013).

Os dados do Censo de 2011 (DINIZ, 2013) estabelecidos para os HCTPs do Brasil e, mais especificamente, do HCT de Salvador, permitiram conhecer o perfil sócio demográfico, as infrações, os diagnósticos e a situação judicial dessa população. Neste contexto, com o objetivo de atualizar os dados que definem e caracterizam a população carcerária inserida no HCT de Salvador, o presente estudo buscou caracterizar o perfil de pacientes infratores com transtornos mentais internados no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, tornando possível delinear novas estratégias de cuidado em saúde mental que contribuam com o papel da gestão de saúde

pública referente à política de saúde mental do estado da Bahia.

METODOLOGIA

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa retrospectiva, documental e descritiva, de abordagem quantitativa que se utilizou 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 coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2014. Foi administrado um formulário próprio para a coleta dos dados secundários contidos nos prontuários analisados. As variáveis definidas e avaliadas no estudo foram a idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, religião, naturalidade, aspectos clínicos (definidos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças / CID-10), 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 n. 1.049.525, disponibilizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. 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).

RESULTADOS

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, católicos (252/634; 39,7%), com etnia predominante de pardos (472/634; 74,5%), com escolaridade a nível do ensino fundamental incompleto (371/634; 58,5%) e com naturalidades provenientes de outros municípios do estado da Bahia (exceto Salvador) em 84,5% (536/634) dos casos (Tabela 01). Adicionalmente, foi possível identificar um predomínio significativo de casos de pacientes do sexo masculino e de uma constância de casos de pacientes com idade economicamente ativa (18 a 59 anos) atendidos em todo o período avaliado (Gráfico 1A e 1B).

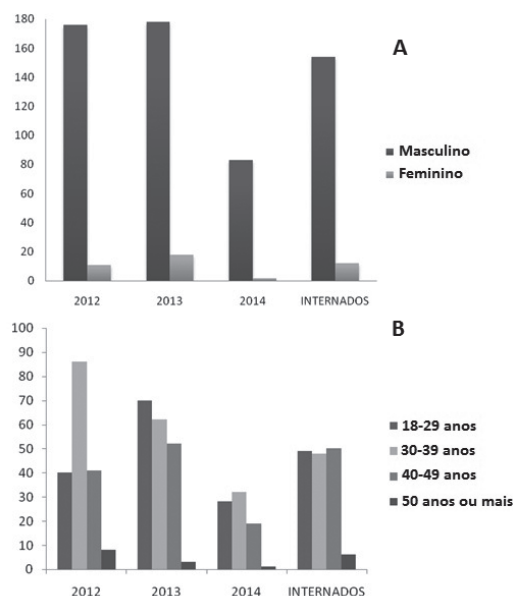


Tabela 1 – Caracterização socio-demográfica dos pacientes.

Variáveis	Nº (%)
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 ^a	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 ^b	39 (6,2)
Estado Civil	
Solteiro	586 (92,4)
Casado	41 (6,5)
Outros ^b	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 ^c	79 (12,5)
Religião	
Católico	252 (39,7)

Variáveis	Nº (%)	Variáveis associadas aos prontuários clínicos		
		Masculino N (%)	Feminino N (%)	
Evangélico	79 (12,5)			
Espírita	3 (0,5)			
Irreligião	138 (21,8)			
Desconhecido ^c	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)			
		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 ^a		
		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 – F79)	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 ^b		
		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 *		468

Quanto ao tipo de delito cometido pelos pacientes internados no HCT de Salvador no janeiro de 2012 a dezembro de 2014, observou-se predomínio dos crimes de homicídio e de tentativa de homicídio para ambos os sexos (Tabela 2). Frente à comparação dos diagnósticos clínicos para o referido período, a patologia mental mais comum diagnosticada para o sexo masculino foi a Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos, Transtornos Delirantes (F20 – F29) em 28,4% dos casos, seguida dos Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de Substância Psicoativa (F10 – F19) e do Retardo Mental (F70 – F79) em 12,2% e 10,3% dos casos, respectivamente. Quanto aos pacientes do sexo feminino, pôde-se verificar um predomínio também do diagnóstico de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos, Transtornos Delirantes (F20 – F29) em 2,6% dos casos, seguido do diagnóstico de Retardo Mental (F70 – F79) e dos Transtornos Mentais Orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 – F09) em 1,1% e 0,6% dos casos, respectivamente (Tabela 2).

Adicionalmente, em relação ao tempo de internação dos pacientes do referido período, os infratores permaneceram, na maioria dos casos, o período de 0-1 ano internado, não havendo reincidência criminal em 59,2% e 4,7% dos casos do sexo masculino e do sexo feminino, respectivamente (Tabela 2). Por fim, o principal motivo da alta foi de Transferências, para ambos os sexos, seguido de decisão interlocutória para sexo masculino e de alvará de soltura para o sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos pacientes internados no HCT de Salvador, Bahia

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)

^a Classificação CID-10 de acordo com WHO (2010).

^b Valores desconhecidos, ignorados ou irrelevantes informados nos prontuários clínicos analisados.

* Exclui-se os pacientes internados.

Quanto aos pacientes internados atualmente no HCT de Salvador, foi observado que a grande maioria dos infratores encontram-se na situação de porte de laudo clínico definitivo ou de medida de segurança já estabelecida pelo juiz (Tabela 3). Os tipos de delitos mantêm a predominância geral de casos de homicídio seguido de tentativa de homicídio para ambos os sexos (Tabela 03). Quanto ao diagnóstico clínico, houve predomínio também de casos diagnosticados como Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes seguido de Retardo Mental (F70 – F79) e de Transtornos da Personalidade e do Comportamento Adulto (F60 – F69) em ambos os sexos (Tabela 3). Há um indicativo de predominância de 0 – 1 ano quanto ao tempo de internação dos pacientes, não havendo registros de reincidência criminal na grande

maioria dos casos, em ambos os sexos, internados atualmente no HCT (Tabela 3).

Tabela 3: Caracterização dos pacientes internados atualmente no HCT em Salvador, Bahia.

Variáveis associadas ao Registro do Boletim de Ocorrência	Masculino N (%)	Feminino N (%)
Situação atual		
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)
Tipo de Delito		
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 ^b	15 (9,1)	0 (0,0)
Patologias Mentais diagnosticadas de acordo com o CID-10^a		
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 ^b	47 (28,3)	5 (3,0)
Tempo de internação		
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)
Reincidência Criminal		
Sim	71 (42,8)	4 (2,4)
Não	83 (50,0)	8 (4,8)
Total de pacientes*		166

^a Classificação CID-10 de acordo com WHO (2010).

^b Valores desconhecidos, ignorados ou irrelevantes informados nos prontuários clínicos analisados.

* Excluí-se os pacientes internados.

DISCUSSÃO

A importância da saúde mental é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde e está refletida em sua definição de saúde 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, podendo atingir pessoas de todas as idades, meio ou classe social (CAMARGO; NEVES, 2004). A justiça entende que os indivíduos com psicopatologias devem ser alvo de atenção especializada, uma condição protetora proporcionada pelo Estado e um tratamento, não de reclusão simplesmente (COHEN, 2006). Por isso, essa pesquisa buscou caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes com transtornos mentais internados no HCT da Bahia, no período de 2012 a 2015, corroborando e expandindo o censo brasileiro de pacientes infratores nos HCTPs já existente (DINIZ, 2011).

Os dados obtidos com o levantamento dos prontuários revelaram que, dentre os 634 dos pacientes com transtornos mentais atendidos entre janeiro de 2012 a dezembro de 2014, o ano de 2013 foi o ano em que apresentou maior número de pacientes internados (n=196) e que 2014 com menor quantitativo (n=85). A população total de 2014 é quase metade da população apresentada no censo realizado em 2011, quando constavam com 151 indivíduos internados no HCT de Salvador (DINIZ, 2013). Em relação aos achados deste estudo, foi possível observar que 93,2% dos pacientes são do gênero masculino e 92,4% solteiros. Essa predominância é também evidenciada nos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Brasil e especificamente no HCT Bahia de acordo com censo de 2011 (DINIZ, 2013).

É importante ser salientado que, segundo Andrade (1999), aproximadamente uma em cada duas pessoas apresentam sintomas compatíveis com um transtorno mental ao longo da vida. Indivíduos entre 25 a 59 anos são os mais vulneráveis a ocorrência de transtornos mentais, o que provoca grande impacto na economia, pois constituem a maior parte da população economicamente ativa (ANDRADE, 1999). Frente a este contexto, neste estudo, foi possível observar que 91% dos internos encontra-se na faixa etária de 18 a 59 anos, considerada idade produtiva ou economicamente ativa e que está fora do mercado de trabalho. Isto nos evidencia uma coerência com os dados sócio-demográficos informados pelo IBGE no censo de 2010, em que cerca de 62% da população de Salvador tem essa faixa etária (IBGE, 2010). Neste estudo, cerca de 45% da população do HCT de Salvador exerciam atividade com baixa qualificação profissional (como vendedores, agricultores e serviços administrativos) e 5% não tinham profissão, justificando a baixa escolaridade, na qual a maioria dos internados possuem ensino fundamental incompleto ou são analfabetos, com 58,5% e 17,5%, respectivamente.

Carneiro (2003) define étnico como conceito que engloba as ideias de nação, povo e raça; diz respeito a um grupo com traços físicos e culturais, cujos membros se identificam com grupo, ou seja, sentem que pertencem ao grupo. Quanto à predominância étnica, o presente estudo identificou que 74,5% dos pacientes do HCT se definiram como pardos e 11,5% como pretos. Essa predominância é também encontrada na população baiana, segundo o censo de 2010 do IBGE, na qual 59,2% se autodeclararam pardos e 17,10% pretos, totalizando 76,3% da população.

Em relação à opção religiosa, a pesquisa apontou que o catolicismo aparece com maior índice (39,7%), confirmando uma realidade brasileira de predomínio da religião católica, segundo o Atlas da filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil (JACOB et al., 2003) e conforme dados do Censo Demográfico de 2010, mesmo quando a proporção de católicos segue uma tendência de redução constante nas duas décadas anteriores (IBGE, 2010). Já o grupo de pacientes com religião não definida vem em segundo lugar com 25,5%, mostrando o crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil.

Quanto à naturalidade, é apontado na pesquisa que 15,5% são pertencentes à Salvador, enquanto grande parte, 78,8% são oriundos de outros municípios do Estado da Bahia. Isto ocorre em função de existir apenas um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico para atender a demanda da justiça de todo o estado da Bahia (DINIZ, 2013).

Valença (2006) relatou que, na última década, diversos estudos têm mostrado uma associação entre transtornos mentais e comportamento violento, principalmente o homicídio, sendo considerado uma expressão mais grave da violência. A maioria dos estudos que encontraram altas taxas de comportamento violento ou homicida em indivíduos com transtornos mentais graves retrata a situação europeia (VALENÇA, 2006), cujos índices de violência são relativamente baixos, não podendo estes resultados serem generalizados para países com altas taxas de criminalidade e abuso de substâncias. Constatamos que na literatura há uma escassez de estudos sobre a relação entre homicídio e transtornos mentais nos países em desenvolvimento, onde é provável que a taxa de homicídios relacionados aos transtornos mentais seja baixa, em relação aos homicídios “normais” (intencionais). (VALENÇA, 2006). No Brasil, um estudo epidemiológico verificou que, na década de 1990, os homicídios se mantiveram como uma relevante causa de morte da população brasileira, situando-se em primeiro lugar entre as mortes por causas externas (VALENÇA, 2006). Corroborando com o estudo de Valença (2006), os delitos achados no HCT de Salvador, com maior frequência, foram os crimes contra a vida, sendo em primeiro lugar homicídios, seguidos de tentativa de homicídio com 23,0% e 13,7% para o sexo masculino e 3,0% e 1,1% para o sexo feminino, respectivamente.

Quanto aos diagnósticos clínicos, segundo a CID-10, Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos, Transtornos Delirantes (F20 – F29) estiveram presentes em 28,4%

e 2,6% dos casos de pacientes do sexo masculino e feminino, respectivamente. Esse indicativo, em dados brutos (Tabela 2), aponta que as mesmas patologias são predominantes em ambos os sexos. É sabido que o transtorno mental pode funcionar como facilitador do comportamento violento do infrator, não como gerador da conduta criminal, por si só (VALENÇA, 2006), uma vez que comportamento violento está associado também a fatores contextuais e individuais tais como a repressão policial e a disponibilidade e adequação de tratamento psiquiátrico (VALENÇA, 2006).

Quanto as medidas estabelecidas e identificadas para os infratores no presente estudo, viu-se que quase dos 60% dos pacientes internados no HCT encontram-se com laudo clínico definitivo ou de medida de segurança já estabelecida pelo juiz (Tabela 3). No país, cerca de 20% dos internos de manicômios judiciais, sentenciados depois da Lei 10.216/2001, receberam medida de segurança por tempo indeterminado (COHEN, 2006). Pela lei, a medida de segurança por tempo indeterminado, 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 (DINIZ, 2013). Depois desse tempo, o paciente passa por exame de cessação de periculosidade anualmente até ter condições de ganhar a liberdade (DINIZ, 2013).

Cohen (2006) ressalta que a condição que mantém o indivíduo na instituição é o seu estado mental perturbado. Adicionalmente, Cohen (2006) afirma que, se o paciente infrator apresentar uma melhora, deixando de oferecer perigo para a sociedade e/ou para si mesmo, deveria receber alta e ser colocado em liberdade, assim como qualquer paciente que estivesse em tratamento psiquiátrico, independentemente do tempo fixado pela lei (COHEN, 2006). Cohen (2006) completa que, a internação em casas de custódia e tratamento pode transformar-se em verdadeira reclusão “perpétua”, pois simplesmente tenta garantir um tratamento para o doente e defende a sociedade de um indivíduo perigoso.

Baseado na realidade encontrada no HCT de Salvador, vê-se que apesar da existência de um aparato legal no país, existe ainda hoje uma população de doentes mentais em reclusão judiciária esquecida, silenciada e abandonada por um descaso histórico (DINIZ, 2013). Sabe-se que não há um único responsável pelos entraves do processo ao qual os loucos infratores se submetem. Mesmo com número bem inferior aos mais de meio milhão de detentos comuns, a engrenagem do sistema é falha em vários aspectos como, por exemplo, a falta de peritos e equipamentos para fazer os laudos psiquiátricos, o fato do tratamento dentro das instituições nem sempre ser o adequado, a precariedade das condições físicas dos HCTs e, como fator importante, pode-se identificar um extremo perfil de morosidade da Justiça (DESVIAT, 2008; DINIZ, 2013).

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 do campo da saúde mental. 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 do indivíduo, para que as políticas públicas em saúde mental sejam mais efetivas, podendo ser delineadas novas estratégias para contribuir com as pessoas com transtornos mentais internadas nos HCTs brasileiros.

CONCLUSÃO

Com essa pesquisa, percebeu-se a relevância de um estudo científico aprofundado em relação ao perfil dos pacientes custodiados pelo HCT do estado da Bahia, na busca da efetivação dos seus direitos e da qualidade do serviço. O que ficou evidenciado foi o aumento na internação de pacientes com transtornos mentais no período pesquisado (Tabela 1). Isto é evidenciado no estudo de Carrara (2010) que se refere aos manicômios judiciários como instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo de alienados e a prisão – e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que “perseguem” a todos: o criminoso e o louco. Assim, as populações vulneráveis dos HCTs permanecem esquecidas e invisíveis para a saúde e para a justiça.

Apesar do modelo de atendimento da saúde mental modificar-se com o avanço das políticas públicas de saúde, na prática, para as pessoas com transtornos mentais privadas de liberdade, não se percebem grandes mudanças por parte da política e da gestão, visto que ocorre a exclusão e a ruptura dos vínculos e a ausência de futuro, gerando invisibilidade social (SILVA, 2004). Segundo Amarante (2006) 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.09).

Então, o Hospital de Custódia e Tratamento – HCT de Salvador foi escolhido 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, patologização, processo de institucionalização e desinstitucionalização.

Enfim, as políticas de saúde mental frente ao atendimento de pacientes de transtornos mentais custodiados pela justiça precisam ser continuamente avaliadas e reformuladas pela gestão pública municipal, estadual e federal, possibilitando um tratamento adequado, visando à manutenção da qualidade dos serviços ofertados, uma melhora na qualidade de vida dos pacientes e uma possível ressocialização na comunidade, conforme preconiza a Lei Paulo Delgado.

Declaração de responsabilidade

Certificamos que o artigo enviado à Revista de Ciências Médicas e Biológicas é um trabalho original, sendo que o seu conteúdo não foi ou não está sendo considerado para publicação em outra revista, seja no formato impresso ou eletrônico.

Agradecimentos

Agradecemos o apoio do Dr. Paulo Barreto Guimarães, diretor e gestor responsável pelo Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador – BA, por permitir e disponibilizar o acesso da equipe executora da presente pesquisa aos prontuários dos pacientes atendidos no setor de reabilitação do respectivo centro.

Este estudo foi apoiado e suportado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, juntamente com a Universidade Aberta do Brasil – UAB.

REFERÊNCIAS

1. ABREU, C. N. de et al. **Síndromes psiquiátricas**: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2006.
2. 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.html> Acesso: 20 mai 2015.
3. _____. **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
4. ANDRADE, L. H. S. G. de et al. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. psiquiatr. clin.**, Santiago, v. 26 n. 5, 1999.
5. BARROS, D. D. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EdUSP/ Lemos, 1994.
6. BRASIL. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal Brasileiro**. 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. Brasília, Senado Federal, 1940.
7. BRASIL. **Legislação em Saúde mental**: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 55p.
9. BRASIL. Lei n.º 7.209 de 11 de julho de 1984. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7209.htm>. Acesso em: 30 set. 2015.

10. BRASIL. Lei n.º 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 17 jun. 2015.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. **Relatório de Gestão 2007 – 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2011. 106 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf>. Acesso: 23 ago. 2014.
12. BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>>. Acesso em: 05 ago. 2013.
13. CAMARGO, D. A.; NEVES, S. N. H. Transtornos mentais, saúde mental e Trabalho. In GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Série Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 3.
14. CARNEIRO, M. L. **O racismo na História do Brasil**. São Paulo: Ática, 2003.
15. CARRARA, S. L. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010.
16. CLASSIFICAÇÃO de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993
17. COHEN, C. et al (Org). **Saúde Mental, Crime e Justiça**. 2.ed. São Paulo: Edusp, 2006.
18. DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
19. DESVIAT, M. **A reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2008.
20. DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011**. Brasília: Letras livres: UNB. 2013. 381 p.
21. MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
22. FERRO, L. F. Trabalho Territorial em Hospitais Psiquiátricos: construindo no presente um futuro sem manicômios. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 4, p.752-767, 2009.
23. FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.
24. FONTES, M. A Casa dos Mortos: Débora Diniz. **RECIIS – Rev. Eletrônica de Comun. Inf. Inov.Saúde**. (Online), v. 3, p. 97-99, 2009. Disponível em <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/>> Acesso em: 24 ago 2014
25. GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1999.
26. IBGE. **Infográficos: dados gerais do Município (2010)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 mai. 2015.
27. JACOB, C. R. et al. **Atlas da filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: PUC-Rio: Loyola, 2003. 240 p.
28. JORGE, M. S. B. et al. (Org.) **Saúde Mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.
29. SILVA, R. Um parceiro da loucura. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, n. 1. p. 22-23, 2004.
30. VALENÇA, A. M.; MORAES, T. M. Relação entre homicídio e transtornos mentais. **Rev. bras. psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, Supl. 2, p. 62-68, 2006.

Submetido em: 13/07/2015

Aceito em: 26/08/2015