



**RELATÓRIO
DE INSPEÇÃO
NACIONAL**

**Desinstitucionalização dos
manicômios judiciais**

2025

deverá manter-se custodiado durante toda a sua vida:
Sentença criminal

CNU CONSELHO
NACIONAL
DE JUSTIÇA



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais de
Psicologia

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO NACIONAL

Desinstitucionalização dos
manicômios judiciais

2025

**RELATÓRIO DE INSPEÇÃO NACIONAL:
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS
MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS**

Brasília, 2025.
1ª Edição

Licença de uso

**É permitida a reprodução desta
publicação, desde que sem alterações
e citada a fonte. Disponível
também em: www.cfp.org.br**

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

SAF Sul Quadra 2 Lote 2 Bloco
B - Edifício Via Office
CEP: 70070-600
Contato: (61) 2109-0197 - cdh@cfp.org.br

XIX Plenário do CFP

DIRETORIA

Alessandra Santos de Almeida -
Presidente (vice presidente entre
23/4/2024 e 12/06/2025)
Izabel Augusta Hazin Pires -
Vice-presidente (secretária de
16/12/2022 a 12/06/2025)
Rodrigo Acioli Moura - Secretário
(a partir de 13/06/2025)
Neuza Maria de Fátima Guareschi -
Tesoureira (a partir de 13/06/2025)

CONSELHEIRAS(OS)

Antonio Virgílio Bittencourt Bastos
Carla Isadora Barbosa Canto
Carolina Saraiva
Célia Mazza de Souza (tesoureira
de 16/12/2022 a 12/06/2025)
Clarissa Paranhos Guedes
Evandro Moraes Peixoto
Fabiane Rodrigues Fonseca
Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo
Ivani Francisco de Oliveira (vice-
presidente de 16/12/2022 a 19/04/2024)
Jefferson de Souza Bernardes
Juliana de Barros Guimarães
Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro
Marina de Pol Poniwas
Nita Tuxá
Pedro Paulo Gastalho de
Bicalho - (presidente de
16/12/2022 a 12/06/2025)
Raquel Souza Lobo Guzzo
Roberto Chateaubriand Domingues
Rosana Mendes Éleres de Figueiredo

**COMISSÃO DE DIREITOS
HUMANOS (2022-2025)**

Alessandra Santos de Almeida - Conselheira-
presidente do XIX Plenário do CFP
Nita Tuxá - Conselheira do
XIX Plenário do CFP
Andreza Cristina da Costa Silva
- Coordenadora da CDH
Alexander Moraes de Oliveira
Emilly Mel Fernandes
Geni Daniela Nuñez Longhini
Giulia Natália Santos Mendonça
Marcelo Afonso Ribeiro
Mônica Valéria Affonso Sampaio
Paula Rita Bacellar Gonzaga
Rafael Ribeiro Filho
Rogério Giannini

EQUIPE DO CFP

Emanuelle Santos Silva - Coordenação
de Desenvolvimento Institucional
Rafael Menegassi Taniguchi -
Coordenação de Integração do Sistema
Daniel Arruda Martins - Gerente
de Relações Institucionais
Cesar Rosario Fernandes – Assessor/
Gerência de Relações Institucionais
Bruna Dutra Galvão - Técnica-
Administrativa/Gerência de
Relações Institucionais
Marília Mundim da Costa -
Gerente de Comunicação
Sílvia Pollyana Araujo de Sousa -
Assessora/Gerência de Comunicação

Conselheiras-Federais do CFP

Alessandra Santos de Almeida
Nita Tuxá
Clarissa Paranhos Guedes

Consultoria de Apoio às Inspeções

João Vinicius Marques

Apoio técnico e logístico

Cesar Rosario Fernandes

Redação

Alessandra Santos de Almeida
Cesar Rosario Fernandes
Clarissa Paranhos Guedes
João Vinicius Marques

Revisão

Gm Editorial Ltda.

Projeto gráfico, diagramação e capa

Diego Soares

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

Nos termos do Acordo de
Cooperação Técnica nº 10/2025,
celebrado entre Conselho Nacional
de Justiça e o Conselho Federal
de Psicologia, com fundamento no
art. 184 da Lei nº 14.133/2021.

Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi -
Juiz-Auxiliar da Presidência do CNJ
e Coordenador do Departamento
de Monitoramento e Fiscalização
do Sistema Carcerário e do
Sistema de Execução de Medidas
Socioeducativas (DMF/CNJ)

Melina Machado Miranda -
Supervisora Chefe da Seção de
Apoio Institucional (DMF/CNJ)

Pollyanna Bezerra Lima Alves
- Coordenadora da Área Penal -
Núcleo Cidadania do Programa
Fazendo Justiça (CNJ/PNUD)

Isabela Rocha Tsuji Cunha -
Coordenadora-Adjunta da Área Penal
- Núcleo Cidadania do Programa
Fazendo Justiça (CNJ/PNUD)

Natália Vilar Pinto Ribeiro -
Assistente Técnica da Área Penal
- Núcleo Cidadania do Programa
Fazendo Justiça (CNJ/PNUD)

Gustavo de Aguiar Campos -
Assistente Técnico da Área Penal
- Núcleo Cidadania do Programa
Fazendo Justiça (CNJ/PNUD)

EQUIPES REGIONAIS DE FISCALIZAÇÃO

CRP 02 - PERNAMBUCO

Conselheiras(os):

Aida Carneiro Barbosa Rodrigues; Edson de Souza Lima; Runá Costa Paiva.

Equipe Técnica:

Maria Valéria de Oliveira Correia Magalhães; Vanessa Ribeiro Barboza; Marcela Calheiros Leite; Rivaldo Constantino dos Santos; Raul José Gomes de Albuquerque; Matheus Felix Silva de Oliveira e Gilyard Rodrigues da Silva.

CRP 03 - BAHIA

Conselheiras(os):

Larissa Fonseca de Souza, Romário Oliveira Lopes e Priscila Barbosa Lins.

Equipe técnica:

Natani Evlin Lima Dias, Vanessa Rocha Menezes, Andréa Matos Oliveira Tourinho, Chaiane dos Santos, Helena Miranda dos Santos, Gabriella Maria Sampaio Porto, Taís Cardoso Britto, Emanuelli Zequinelli Rosa dos Santos, Antônio Rogério da Costa Greenhalgh, Amanda Rocha Oliveira, Aldiene Vitória Nascimento, Indyara Indi Andrade de Souza.

Parceiras(os):

Eduardo Ribeiro - Iniciativa Negra por uma Nova Política de Drogas.

CRP 04 - MINAS GERAIS

Conselheiras(os):

Daniel Caldeira de Melo; Isabella Cristina Barral Faria Lima.

Equipe técnica:

Carolina Alves Murta; Cláudia Regina F. de C. Dias; Jéssica Souza Isabel.

Parceiras(os):

Andréza Almeida Fernandes Alves (Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos); Camila Augusta dos Santos (Fórum Mineiro de Saúde Mental); Carolyne Reis Barros (Coordenadora do Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Cárcere e Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais); Guilherme dos Santos Azevedo Cardoso (Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Cárcere e Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais); Mariana Luisa de Oliveira Ferreira (Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Cárcere e Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais); Pedro de Paula do Nascimento Teixeira (Colaborador do Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais).

CRP 05 - RIO DE JANEIRO

Conselheiras(os):

Céu Silva Cavalcanti; Thais Vargas de Menezes; Alexandre Vasilenskas Gil.

Equipe Técnica:

Caíque Azael Ferreira da Silva; Juliana S. Drummond.

Parceiras(os):

Caroline Moraes Soares Motta de Carvalho (Coren/RJ); Flávia Mac Cord Rodrigues da Silva Bhering (Defensora Pública Estadual); Flávio Lopes Guilhon (Grupo de Estudos e Pesquisas Subjetividades e Instituições em Dobras UERJ); Hellen Oliveira Senna (Coren RJ); Igor Canzi (Conselho Estadual de Saúde do RJ); Luíza Fernandes Castelo Maciel (Defensora Pública Estadual); Maria Marcia Badaró Bandeira (CRP-RJ); Tiago Joffily (Promotor de Justiça - Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro).

CRP 06 - SÃO PAULO

Conselheiras(os):

Mayara Aparecida Bonora Freire.

Equipe Técnica:

Andréa Gobato Quintavalle; Juliana dos Anjos Corrêa Lima e Vinícius Cesca de Lima.

Parceiras(os):

Ana Beatriz Silva Sanches da Graça; Bruno Monteiro Carlos; Marcos Salles de Oliveira; Nereida Marques da Silva; Nicole Nöthen de Oliveira; Pedro Ivo Freitas de Carvalho Yahn.

CRP 07 - RIO GRANDE DO SUL

Conselheiras(os):

Silvia Edith Duarte Marques.

Equipe Técnica:

Antonietta Bridi, Cristina Lucero, Lucio Garcia, Kwala Rosa, Geovana Ferreira, Larissa Pierry e Leticia Lemos.

CRP 08 - PARANÁ

Equipe Técnica:

Karla Lucelia Losse Mendes; Michele Gabardo Machado.

CRP 10 - PARÁ E AMAPÁ

Conselheiras(os):

Jureuda Duarte Guerra; Thamiris Dias Arraes.

Equipe Técnica:

Bruna Rafaelle Lima Bezerra; Jorge Lucas Salgado Barroso.

Parceiras(os):

Flavia Christina Maranhão Campos (Defensoria Pública do Pará); Aline Carneiro Beserra e Pedro Nazareno Barbosa Júnior (Movimento da Luta Antimanicomial do Pará-MLA-PA - RENILA); Marcele de Jesus Duarte Monteiro e Beatriz Figueiredo Levy (OAB Comissão Antimanicomial); Susette Matos Salgado e Linda Carolina Fima de Miranda (EAP - SESP/PA); Marjorie Begot Ruffeil Paoletti e Manoel de Christo Alves Neto (Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA)); Mary Jane Bacury de Lira (Conselho Regional de Serviço Social 1ª região); Ana Cleyde Bastos Matias (Tribunal de Justiça do Estado do Amapá); Mariana Santos Leal de Albuquerque (Ministério Público do Estado Amapá).

CRP 11 - CEARÁ

Conselheiras(os):

Ana Kristia da Silva Martins; Niveamara Sidrac Lima Barroso.

Equipe Técnica:

Isa Daniele Bezerra do O.

CRP 12 - SANTA CATARINA

Conselheiras(os):

Patricia Brigida Estevão; Joseane de Oliveira Luz; Mirian Fernandes Yordi; Irme Salette Bonamigo.

Equipe Técnica:

Sara Evaristo de Lima Melo; Daniela Furlan; Gisele Cristine Meneghelli; Helena Vicente; Zenóbio Cosme Gonçalves Ferreira.

Parceiras(os):

Gabriela Rabello.

CRP 13 - PARAÍBA

Conselheiras(os):

Alcira de Lourdes Teotonio Cavalcanti; Dayane Mirelly Pereira Rodrigues; Rosiéne Vieira da Silva.

Equipe Técnica:

Andrea Tavares Carvalho

Parceiras(os):

Alisson Paulo Pereira de Souza; Ramerson Barbosa da Silva; Thiago de Souza Santos.

CRP 14 - MATO GROSSO DO SUL

Conselheiras(os):

Bárbara Marques Rodrigues; Camilla Fernandes Marques; Jucimara Zacarias Martins; Vanessa Silva de Souza e Walkes Jacques Vargas.

Equipe Técnica:

Ágatha Gabriella Echeveria Araújo; Ana Clara Rotilli Vieira; Gabriela Pereira da Silva; Gabrielle de Souza Sanches; Josué de Marco Neto; Kerolayne Carvalho; Lidiane Cavazzane Franco dos Santos; Nathalia Amorim Freitas de Souza Nogueira; Rebeca de Lima Pompilio.

Parceiras(os):

Daniela Cristina Guiotti (Ministério Público de Mato Grosso do Sul); Giovana Pavoni Hipólito (Fórum Sul-mato-grossense da Luta Antimanicomial); Leandro Afonso Rabelo Dias, Rosângela Fernandes Pinheiro Nantes e Christiane Renata Hoffmeister Ramires (Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso do Sul); Esdras Q. Fogaça (Vigilância Sanitária Municipal de Campo Grande/MS).

CRP 15 - ALAGOAS

Conselheiras(os):

Benjamin Vanderlei dos Santos.

Equipe Técnica:

Livia Teixeira Canuto Cavalcante e Ulisses Izidorio da Silva Neto.

Parceiras(os):

Gabriela Bothrel Echeverria.

CRP 16 - ESPÍRITO SANTO

Conselheiras(os):

Júlia Carvalho dos Santos.

Equipe Técnica:

Bárbara Carolina de Oliveira Menezes; Maria Teresa Ruas Nogueira Pizetto; Fabrícia Da Silva Lima Trazzi; Bruno Ribeiro Da Cunha Crespo.

CRP 17 - RIO GRANDE DO NORTE

Conselheiras(os):

Luana Isabelle Cabral dos Santos e Ana Izabel Oliveira Lima.

Equipe técnica:

Alysson Zenildo Costa Alves.

Parceiras(os):

Pedro Levi Lima Oliveira (Conselho Estadual de Direitos Humanos); Tathiane Conceição Silva de Souza e Daniele Vitória Lima e Silva (Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura).

CRP 18 - MATO GROSSO

Conselheiras(os):

Maria Aparecida de Amorim Fernandes; Keli Virgínia Ebert; João Henrique Magri Arantes; Camiéle Benedita do Carmo.

Equipe técnica:

Mackloey Ronny Rubert Ferreira; Rhegysmere Rondon Alves; Milena Filippo; Jackeline Jardim Mendonça.

Parceiras(os):

Milton Mattos da Silveira Neto (Ministério Público do Estado de Mato Grosso); Ariane Cristine de Carvalho Brito (Ministério Público do Estado de Mato Grosso); André Renato Robelo Rossignolo (Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso); Zeni Luersen (CDH/CRP-18); Livia Daniela de B. Berlandi (CRESS-20ª Região); Cleide Marculino Medeiros (CRESS-20ª Região).

CRP 19 - SERGIPE

Conselheiras(os):

Mário Silvio de Souza Fraga; Jameson Pereira Silva e Priscilla Teodoro Teixeira.

Equipe técnica:

Lidiane de Melo Drapala; Luciana Oliveira de Jesus; Marcela Flores Cardoso Sobral.

CRP 20 - AMAZONAS E RORAIMA

Conselheiras(os):

Ayda Mirtes Luzeiro Lopes.

Equipe Técnica:

Mariana Fernandes da Silva.

CRP 22 - MARANHÃO

Conselheiras(os):

Ivone de Oliveira Ferreira; Michelle Correa Moucherek.

Equipe Técnica:

Alessandra de Araújo Oliveira; Evillyn Santos.

Parceiras(os):

Mayla de Aguiar Lima.

CRP 23 - TOCANTINS

Conselheiras(os):

Joana D'arc Queiroz Miranda.

Equipe Técnica:

Márcia Helena Padilha.

CRP 24 - RONDÔNIA E ACRE

Colaboradoras(es):

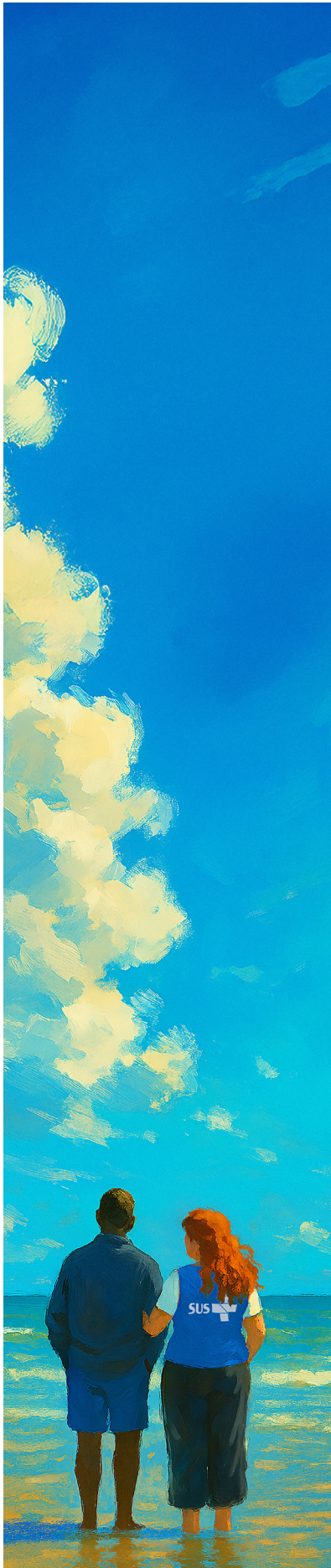
Maico Charles Lopes Pinheiro; Márcia Aurélia dos Santos Pinto; Agleno Fernandes de Carvalho.

Equipe Técnica:

Verônica dos Santos Paiva.

Parceiras(os):

Cláudia Marques de Oliveira (Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Estado do Acre); Flávia do Nascimento Oliveira (Defensoria Pública Estadual do Acre); Soleane Manchineri (Presidente do Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Estado do Acre); Thallita Leitão (CRESS-26ª Região).



Diego* estava internado em um manicômio judiciário desde a década de 1990, cumprindo uma pena que não existe no ordenamento jurídico brasileiro: a de prisão perpétua. Sua permanência já ultrapassava o tempo previsto para a pena mais severa do Código Penal. De modo informal, em uma observação nos documentos de seu processo, seu destino parecia selado: “*com indicação de permanecer internado para sempre.*”

Mesmo sem novos episódios ou agravamentos em seu quadro, os laudos psiquiátricos repetiam-se ciclicamente: “apresenta grande periculosidade e deve permanecer internado.” As mesmas palavras, repetidas a cada dois anos.

Foi apenas com a chegada da Resolução CNJ n. 487/2023 e o início do processo de interdição dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) que uma nova avaliação – dessa vez realizada por uma equipe multidisciplinar – permitiu a reconstrução de seu percurso. Com o apoio da Equipe de Avaliação e Monitoramento das Medidas de Segurança aplicáveis às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst), Diego pôde acessar uma moradia assistida – Serviço Residencial Terapêutico (SRT) do Sistema Único de Saúde (SUS) e iniciar acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

No dia em que foi conhecer sua nova casa, fez um único pedido: depois de mais de 30 anos institucionalizado, queria ver o mar. Naquele momento, os policiais penais não autorizaram. Mas, quando sua desinternação foi efetivada, a equipe de cuidado o acompanhou, para que seu desejo fosse atendido.

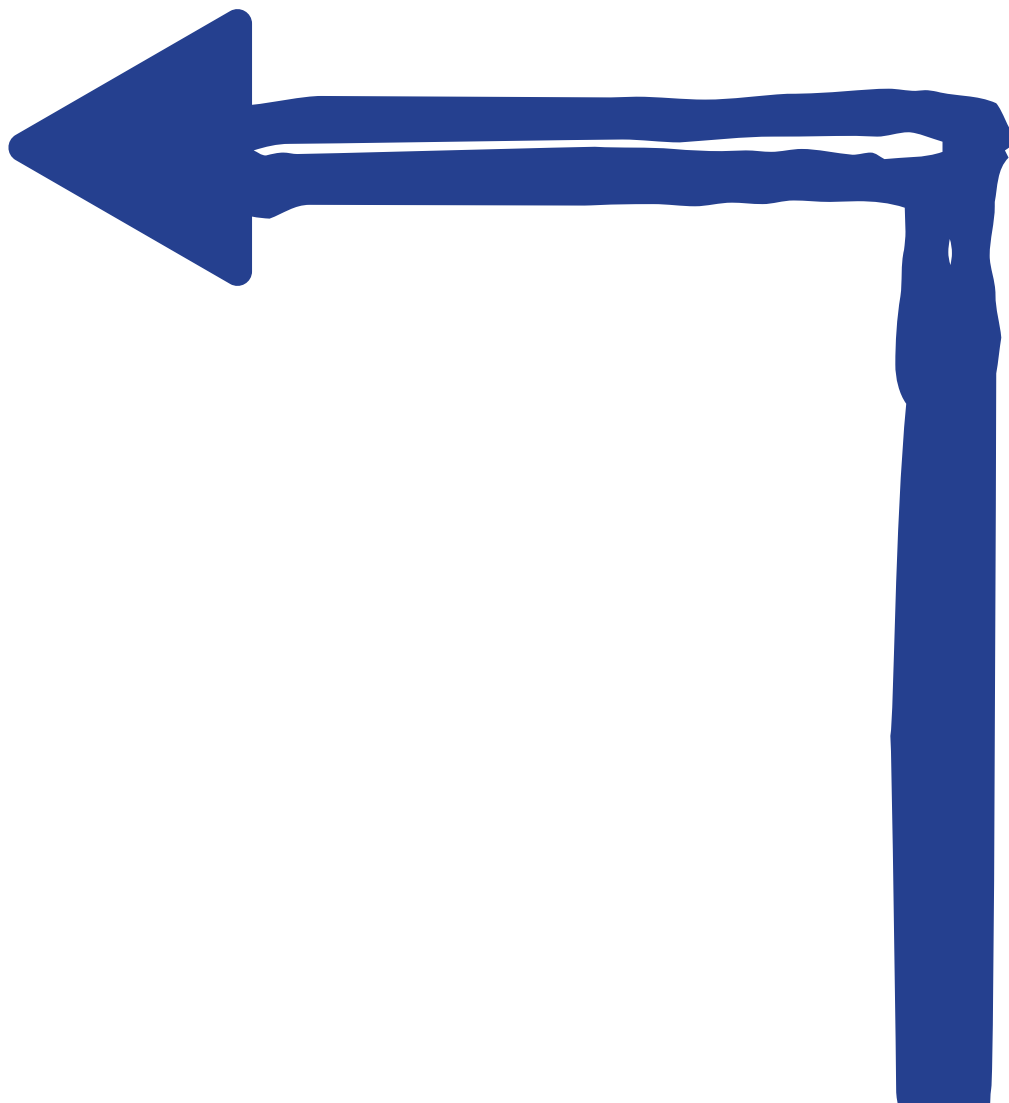
Diego pôde ver o mar, molhar os pés nas ondas e reencontrar a vida sob um novo ângulo.

Hoje, ele segue em tratamento ambulatorial e descobriu novos hobbies: jogar dominó e cuidar das plantas, tanto no CAPS quanto no local onde passou a residir.

Diego* e uma profissional da EAP estampam a capa deste relatório por uma razão essencial: afirmar, desde o início, que o que move esse trabalho é a defesa da vida plena - e esta só é possível em liberdade.

Ao contar, de forma breve e anonimizada, a história de Diego, prestamos homenagem a todas as pessoas que vêm retomando suas vidas com cada interdição, parcial ou total, dos manicômios judiciários no Brasil. E afirmamos nosso compromisso: seguiremos atentas, até que cada uma das pouco mais de duas mil pessoas ainda institucionalizadas possa ter o mesmo direito.

** Nome fictício, para preservar a identidade da pessoa.*



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caso Damião Ximenes Lopes vs. Brasil	18
Quadro 2 - Referências Normativas Pertinentes ao Processo de Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários no Brasil.....	25
Quadro 3 - Resolução 572/2024: ações e prazos estipulados no original e em nova redação	32
Quadro 4 - Inspeções Nacionais: CRPs participantes por UF	39
Quadro 5 - Modalidades de participação dos Conselhos Regionais de Psicologia	40
Quadro 6 - Transinstitucionalização.....	42
Quadro 7 - Listagem de Instituições Visitadas por Região do País, UF e Tipos de Estabelecimentos .	45
Quadro 8 - Listagem de entrevistas realizadas com EAP-Desinst.....	47
Quadro 9 - Ação fiscalizatória do Sistema Conselhos de Psicologia	56
Quadro 10 - Centros de Atenção Psicossocial	179

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de Inspeções por Região e Tipo de Estabelecimento	43
Tabela 2 - Tipos de Estabelecimentos e Quantidade de Visitas Realizadas (I)	44
Tabela 3 - Tipos de Estabelecimentos e Quantidade de Visitas Realizadas (II)	44
Tabela 4 - Contingente de Pessoas com Deficiência Psicossocial em Conflito com a Lei por estado e Região	49
Tabela 5 - Componentes e Pontos de Atenção	180
Tabela 6 - CAPS habilitados	185

LISTA DE SIGLAS

ADPF	Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental	HCTP-SC	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina
ATP	Ala de Tratamento Psiquiátrico	HELRL	Hospital Especializado Lopes Rodrigues
CAPSs	Centros de Atenção Psicossocial	HOSMAC	Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre
CAPS-AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas	HPJJV	Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz
CCNH	Centro de Custódia Novo Horizonte	IPGSG	Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes
CDH/CFP	Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia	MPAC	Ministério Público do Estado do Acre
CDPD	Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência	OMS	Organização Mundial da Saúde
CEIMPA	Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial	ONU	Organização das Nações Unidas
CFP	Conselho Federal de Psicologia	PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
CIAPA	Central Integrada de Alternativas Penais	PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
CIAPS	Centro Integrado de Atenção Psicossocial	PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
CIDH	Corte Interamericana de Direitos Humanos	SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
CMP	Complexo Médico Penal	PPF	Penitenciária Psiquiátrica Forense
CNDH	Conselho Nacional dos Direitos Humanos	PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
CNJ	Conselho Nacional de Justiça	PTI	Projeto Técnico Institucional
CNCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária	PTS	Projeto Terapêutico Singular
COEs	Comissões de Ética	RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
COFs	Comissões de Orientação e Fiscalização	RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CPJ	Centro Psiquiátrico Judiciário	SISDEPEN	Sistema Nacional de Informações Penais
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social	SRTs	Serviços Residenciais Terapêuticos
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social	STF	Supremo Tribunal Federal
CREPOPs	Centros de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas	SUS	Sistema Único de Saúde
CRPs	Conselhos Regionais de Psicologia	SUAS	Sistema Único de Assistência Social
CSP	Centro de Saúde Penitenciário	TJ	Tribunal de Justiça
EAPs-Desinst	Equipes de Acompanhamento e Avaliação das Medidas Terapêuticas aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei	TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios
ECTPs	Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	TJPR	Tribunal de Justiça do Paraná
GT	Grupo de Trabalho	TJTO	Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins
HC	Habeas Corpus	UBSs	Unidades Básicas de Saúde
HCT-BA	Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia	UCP	Unidade de Custódia
		UPCT	Unidade Psiquiátrica de Tratamento e Custódia
		UPMFOC	Unidade Prisional Masculina Francisco de Oliveira Conde
		USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Histórico	18
1.2 Deficiência e Justiça	20
1.3 Antecedentes normativos à Política Antimanicomial no Judiciário	21
1.4 Quadro de Normas Adjacentes à Resolução.....	23
1.5 Resolução CNJ n. 487/2023: conceitos e instrumentos.....	25
1.6 Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)	28
1.7 Prazos para ações e fechamento dos manicômios judiciários.....	30
2. METODOLOGIA	32
2.1 Inspeções em movimento: estratégia metodológica da Inspeção Nacional	32
3. RETRATOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	34
3.1 Retratos da desinstitucionalização dos manicômios judiciários.....	34
3.2 Participação dos Conselhos Regionais de Psicologia.....	36
3.3 Tipos de estabelecimentos.....	38
3.4 Pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei	46
3.5 Distribuição geográfica por região	48
3.5.1 Região Norte	48
3.5.2 Região Nordeste	49
3.5.3 Região Centro-Oeste	51
3.5.4 Região Sudeste.....	52
3.5.5 Região Sul	53
3.6 Dimensões analíticas das condições de atenção e garantia de direitos	54
3.6.1 Graves restrições de acesso das equipes de inspeção nos manicômios judiciários e às pessoas internadas.....	54
3.6.2 Ausência de Projeto Técnico Institucional	56
3.6.3 Restrições severas de circulação das pessoas internadas	60
3.6.4 Rotinas e características institucionais e prisionais.....	64
3.6.5 Irregularidade de ingressos e permanência prolongada nos manicômios judiciários...	66
3.6.6 Instalações e acessibilidade.....	69
3.6.6.1 Infraestrutura	69
3.6.6.2 Superlotação.....	73
3.6.6.3 Ausência de acessibilidade.....	74
3.6.6.4 Controle sanitário e licenças de segurança para funcionamento.....	77
3.6.6.5 Leitos-celas e roupas de cama	79
3.6.6.6 Banheiros e chuveiros.....	81
3.6.7 Alimentação	84
3.6.8 Acesso à água	88
3.6.9 Insumos básicos.....	91
3.6.10 Itens pessoais – armário para armazenamento.....	94
3.6.11 Rigidez nos horários e falta de adaptação às singularidades.....	96
3.6.12 Uso de uniformes e violação das singularidades	98
3.6.13 Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)	102
3.6.14 Ausência de informações	110
3.6.15 Ausência de atividades terapêuticas ou atividades externas.....	113

3.6.16	Precariedade de articulação externa para desinstitucionalização	120
3.6.17	Transinstitucionalizações	122
3.6.18	Restrição e violação dos vínculos familiares: visitas e revistas vexatórias	127
3.6.19	Violação de correspondência e restrição de comunicação	130
3.6.20	Irregularidades em manejo de crises e recurso a contenções	132
3.6.21	Contenções químicas: recurso clínico e prática de violação	136
3.6.22	Tratamentos punitivos	138
3.6.22.1	<i>Naturalização da violência como forma de gestão institucional</i>	138
3.6.22.2	<i>Celas e isolamentos</i>	141
3.6.22.2.1	<i>Segregação, castigo e uso indevido da reclusão como recurso institucional</i>	141
3.6.22.3	<i>Agressão e maus-tratos</i>	144
3.6.22.3.1	<i>Violência institucional como expressão estrutural do modelo manicomial</i>	144
3.6.22.4	<i>Discriminação de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei</i> ...	147
3.6.22.4.1	<i>Negação de direitos, exclusão de vínculos e estigmatização institucional</i>	147
3.6.22.5	<i>Ausência de canais de denúncia para os internos</i>	150
3.6.22.5.1	<i>Silêncio institucional, medo como norma e a falta de proteção contra violações</i> ...	150
3.6.22.6	<i>Óbitos</i>	151
3.6.22.6.1	<i>Descaso, hipermedicação e ausência de resposta diante de vidas perdidas</i>	151
3.6.23	Violências de gênero	153
3.6.23.1	<i>Violações ampliadas para mulheres com deficiência psicossocial em conflito com a lei</i>	153
3.6.23.2	<i>Contra pessoas trans: violência institucional e cisnormatividade nas práticas de internação</i>	155
3.6.24	Exploração do trabalho	157
3.6.24.1	<i>Trabalho forçado, ocupações não remuneradas e substituição de funções estatais</i>	157
3.6.25	Religião	165
3.6.25.1	<i>Violação da liberdade de crença e uso da espiritualidade como dispositivo de controle institucional</i>	165
3.6.26	A atuação profissional nas Instituições	167
3.6.26.1	<i>Ausência de estrutura mínima para exercício profissional e trabalho digno</i>	172
3.6.26.2	<i>Formação e capacitação</i>	174
3.7	Retratos dos Serviços de Cuidado em Liberdade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) .	176
3.7.1	A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	177
3.7.2	Tipos de equipamentos da RAPS identificados	179
3.7.2.1	<i>Equipe de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (EAP-Desinst)</i>	179
3.7.2.2	<i>Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)</i>	182
3.7.2.2.1	<i>Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD)</i>	186
3.7.2.3	<i>Unidades Básicas de Saúde (UBS)</i>	188
3.7.2.4	<i>Hospital Geral</i>	189
3.7.2.5	<i>Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)</i>	190
4.	RECOMENDAÇÕES	193
5.	CONCLUSÃO	198
	REFERÊNCIAS	203

Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovakloff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o Sul. Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando. Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza. E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai: - Pai, me ensina a olhar!

Eduardo Galeano - O Livro dos Abraços

APRESENTAÇÃO

Este relatório representa o esforço político e institucional do Sistema Conselhos de Psicologia — Conselho Federal e os Conselhos Regionais — no compromisso com a defesa intransigente dos Direitos Humanos. Ele se inscreve na longa trajetória de atuação da Psicologia brasileira, por meio das Comissões de Direitos Humanos dessas autarquias profissionais, nas inspeções de instituições de privação de liberdade e espaços de caráter asilar, onde a profissão é reiteradamente convocada a intervir na defesa e garantia dos Direitos Humanos e no enfrentamento às consequências do racismo estrutural.

Reunidos no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em Bauru-SP, no ano de 1987, foram as(os) trabalhadoras(es) quem somaram suas vozes - de forma corajosa - às denúncias contra os manicômios, em recusa à convivência com as práticas de tortura, exclusão e violência contra qualquer pessoa. Essa vocação ética e política é atualizada pelo XIX Plenário do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e pelos Conselhos Regionais, quase 40 anos depois, no processo de Inspeção Nacional de Direitos Humanos apresentado neste Relatório. Se, àquele momento, a luta antimanicomial engrossava as fileiras da resistência à Ditadura Civil-Militar, ainda hoje o campo da saúde mental reage ao crescimento do autoritarismo, da ideia da força, da fascistização da sociedade e do controle colonial dos corpos dissidentes.

Com a instituição da Resolução n. 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que implementa a Política Antimanicomial no Poder Judiciário, empenhamo-nos em reunir e sistematizar neste trabalho as condições atuais de transformação de um fenômeno persistente e estrutural: a permanência dos manicômios judiciais no Brasil, cuja extinção é reivindicada há mais de 30 anos pelos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial no Brasil.

A desinstitucionalização e o fechamento dos manicômios são ações indispensáveis para o cuidado e o reconhecimento dos direitos das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial. Além disso, revelam a urgência do desencarceramento de pessoas que sofrem os efeitos, especialmente quando são negras, da perversidade do sistema carcerário brasileiro. Essas medidas estão, portanto,

alinhadas às normativas de Direitos Humanos e aos marcos de prevenção e combate à tortura e a outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, afirmando a dignidade, a liberdade, o direito à saúde e à convivência comunitária.

Rumo à desinstitucionalização, essa política tem à frente o desafio de superação das práticas informadas por dispositivos ultrapassados do Código Penal e pela operação sistemática da justiça. Elas mantêm a lógica da medida de segurança de internação como regra, dos estigmas da periculosidade sobre o segmento e da manutenção das instituições manicomiais no âmbito da justiça criminal, em total descompasso com os direitos constitucionalmente previstos e às legislações específicas voltadas às pessoas com deficiência psicossocial e à efetivação da Reforma Psiquiátrica.

O empenho de forças institucionais para a defesa da Política Antimanicomial do Judiciário, da Resolução CNJ n. 487/2023 e para o fim dos manicômios judiciários permanece não apenas atual, mas urgente, de uma urgência secular. Com a Resolução do CNJ, o alentado projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira segue em curso, alimentado por muitos sonhos — e, como canta Milton Nascimento, sonhos não envelhecem. Esse sonho coletivo projeta-se hoje na luta pela desinstitucionalização, a perceber o que antes parecia impossível: a construção de uma vida em liberdade, após anos de exclusão e silenciamento.

Ainda assim, os resultados alcançados na implementação da Política Antimanicomial no Poder Judiciário confrontam a persistência de manicômios judiciários e de um conjunto de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei remanescentes em ECTPs e outras instituições de características asilares, sob entraves do racismo estrutural, da violência institucional cujo estigma da associação à loucura e do conflito com a lei ao perigo atinge, seletivamente, as pessoas negras, pobres e marcadas por trajetórias de exclusão, em práticas institucionalizadas de extermínio social e subjetivo.

Essa é a dura realidade testemunhada nas investigações conduzidas pelos Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs) e seus parceiros ao longo das inspeções. São realidades atravessadas por práticas institucionais extremas, onde a Psicologia tem sido exercida sob condições adversas, mas também com resistência à violência institucional praticada contra as pessoas com deficiência psicossocial e suas famílias.

A presente edição da Inspeção Nacional em Direitos Humanos parte de uma nova conjuntura política e institucional, e por isso exigiu de nós outro tipo de esforço: atuamos em um processo em curso, em transformação, com seus impasses, mas também com seus sinais de avanço. Sem abrir mão do legado construído pelas edições anteriores das Inspeções Nacionais - que revelaram e denunciaram graves violações de direitos em Comunidades Terapêuticas, Instituições de Longa Permanência para Idosos, Hospitais Psiquiátricos, entre outros espaços de violação - reafirmamos aqui o compromisso da Psicologia brasileira com o fechamento definitivo dos manicômios judiciários e com a reorientação das políticas públicas rumo à desinstitucionalização e à efetivação do cuidado em liberdade.

Como projeto reforçado pela Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CDH/CFP), o fim dos manicômios judiciários integra uma agenda mais ampla e urgente de descolonização. Buscamos resgatar e reconstruir formas de cuidado, resolução de conflitos e relação com o sofrimento psíquico que nos foram historicamente interditas por regimes de saber e de poder que classificaram, isolaram e criminalizaram corpos e subjetividades fora da norma. A desinstitucionalização de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei não é apenas uma política de saúde: é um processo coletivo de reconstrução de caminhos rumo ao cuidado e reparação.

Nesse contexto, o paradigma da deficiência oferece novas possibilidades de leitura e ação. Tal mudança desloca o foco da correção da anormalidade e da normalização para a eliminação das barreiras sociais, culturais e institucionais, ampliando redes de apoio comunitário nos sistemas públicos de seguridade social, e definindo novas diretrizes de atuação para os serviços de interface da justiça e da saúde mental.

Quando esses caminhos são apoiados por recursos humanos, técnicos e materiais adequados, eles apontam para um horizonte de bem-viver, de valorização da diferença e de pertencimento a uma comunidade plural e solidária. Sustentar essa aposta contra toda e qualquer investida de retrocessos é afirmar a descolonização como horizonte ético e político, tal como propõe a Campanha Nacional de Direitos Humanos do CFP 'Descolonizar Corpos e Territórios: Reconstruindo existências-Brasis' (2022-2025), ao nos convocar a reconstruir corpos-territórios que reverberem tantos Brasis existentes.

É fundamental afirmar que os dispositivos de cuidado em liberdade - como Residências Terapêuticas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e outros serviços de saúde e assistência social de atuação em rede - já existem, e em grande medida já demonstraram sua eficácia. No entanto, seguem operando sob subfinanciamento crônico e invisibilização política. Por isso, reiteramos: é urgente ampliar os investimentos públicos na estratégia de atenção psicossocial, reconhecendo seus instrumentos e ferramentas de gestão, como expressões concretas de uma política de justiça social e descolonização do cuidado.

Convidamos à leitura deste Relatório, mas mais do que isso, esperamos que este material enseje uma práxis de transformação da realidade dos manicômios judiciários no Brasil. Não são letras frias as que estão contidas neste documento: aqui estão contidas histórias e retratos que exigem da sociedade um compromisso irrevogável com a dignidade humana.

Nosso posicionamento é, por isso, irreduzível: não se pode retroceder na afirmação da cidadania das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei. Sustentamos o compromisso ético e político da Psicologia com os Direitos Humanos, convocando a sociedade a apoiar a luta pelo fim dos manicômios judiciários.

1. INTRODUÇÃO

Em 2023, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu oficialmente o que há décadas vinha sendo denunciado por movimentos sociais, organizações da sociedade civil, instituições de promoção e defesa de direitos humanos, órgãos de fiscalização e o testemunho de sobreviventes e familiares de pessoas em privação de liberdade: há, no Brasil, um **estado de coisas inconstitucional no sistema carcerário**. A decisão foi proferida no âmbito da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 347, proposta pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), e representa um importante passo no sentido contrário à naturalidade com que se é encarado o quadro de violação estrutural de direitos fundamentais existente no país.

Nela, é reconhecido que o sistema prisional brasileiro - um dos 5 maiores em contingente de homens e mulheres presos no mundo - não apenas falha, como possui papel ativo na perpetuação de práticas de tortura, na disseminação de doenças, na produção de insegurança e na violação cotidiana da dignidade humana, com "violação generalizada de direitos fundamentais dos presos no tocante à dignidade, higidez física e integridade psíquica" (STF, 2015). Trata-se de ações e omissões sistemáticas do Estado, que mantém superlotação, condições insalubres, degradantes e inconstitucionais na custódia de uma população majoritariamente negra, pobre e proveniente dos territórios sistematicamente negligenciados pelas políticas públicas de educação e seguridade social.

É nesse cenário que se manifesta o adoecimento e a letalidade do contexto prisional sobre a experiência das pessoas em privação de liberdade no país. E é sob esse mesmo cenário de violação sistemática à saúde e à dignidade humana no complexo prisional brasileiro que pessoas com pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei são mantidas em condições de abandono e negligência aos cuidados em saúde.

Embora as medidas de segurança - sanções aplicadas a pessoas consideradas inimputáveis por transtorno mental, consistindo em internação ou tratamento ambulatorial por tempo indeterminado - correspondam a menos de 0,5% da gigantesca população carcerária no país, o tratamento reservado às pessoas com deficiência psicossocial no interior dos estabelecimentos prisionais tem incorrido em violações persistentes ao direito das pessoas sob custódia do Estado.

Sob esse contexto, as condições drásticas do cárcere concorrem para o encobrimento e para a supressão de importantes informações sobre a vivência da deficiência psicossocial no contexto das penas e das medidas de segurança no país, um dos grandes desafios de dimensionamento colocados ao direito à saúde das pessoas em privação de liberdade e, em especial às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Assim, a persistência dos manicômios judiciários não apenas reflete esse quadro, como o agrava, sendo expressão de uma obstrução seletiva e contínua à cidadania e ao Estado de Direito.

É nesse contexto que o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em cumprimento à sentença proferida pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) no Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, instituiu o *Grupo de Trabalho (GT) do Caso Ximenes Lopes vs. Brasil e a Incorporação dos Parâmetros Internacionais de Direitos Humanos sobre Saúde Mental no Poder Judiciário* (ver Quadro 1), incumbido, conforme destacado em seu Relatório, de:

- propor ações formativas voltadas a profissionais do Sistema de Justiça sobre os parâmetros internacionais de direitos humanos no trato das pessoas com deficiência psicossocial;
- elaborar medidas para prevenir a tortura e outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante em contextos de internação psiquiátrica, incluindo pacientes judiciários submetidos a medida de segurança; e
- sugerir estratégias para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) como alternativa à internação, em conformidade com a Lei n. 10.216/2001 e a Convenção Internacional de Direitos das Pessoas com Deficiência.

Quadro 1 - Caso Damião Ximenes Lopes vs. Brasil

O Caso Damião Ximenes Lopes foi o primeiro em que o Estado brasileiro foi condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). A sentença, proferida em 4 de julho de 2006, responsabilizou o Brasil pela morte de Damião Ximenes Lopes, internado de forma compulsória em uma clínica psiquiátrica conveniada ao SUS, no município de Sobral-CE, onde foi submetido a negligência, maus-tratos e morreu em 1999.

A CIDH reconheceu que o Estado brasileiro violou os direitos à vida, à integridade pessoal e às garantias judiciais, além do dever de proteção especial a pessoas com deficiência. O caso tornou-se um marco para a responsabilização internacional por violações cometidas no sistema de saúde mental e ecoou fortemente no debate sobre a política antimanicomial no Brasil. Ele fundamenta ações posteriores do Poder Judiciário, como a criação da Resolução CNJ n. 487/2023, voltada à desinstitucionalização de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Fonte: CIDH (2006).

Como resultado dos trabalhos deste GT, foi elaborada a Resolução n. 487/2023, que estabelece diretrizes para a implementação da Política Antimanicomial e da garantia dos direitos das pessoas com deficiência no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. A abrangência dessa política está expressa já em seu artigo inaugural:

Art. 1º Instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réus ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto, e conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população. (CNJ, 2023, grifo nosso).

Tal formulação implica uma importante reorientação das práticas da Justiça Criminal no país, desde o ingresso e reconhecimento da pessoa com deficiência psicossocial no sistema penal até os diversos itinerários que percorre em seu interior, envolvendo também a revisão das condições e negligências na atenção à saúde do segmento dentro e também fora dos ECTPs existentes, sob medidas de segurança já instauradas ou não.

Nesse processo, uma chave fundamental de compreensão diz respeito à própria conceituação de quem são as pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial, como define o inciso I do artigo 2º da Resolução CNJ 487/2023:

[...] aquela com algum comprometimento, impedimento ou dificuldade psíquica, intelectual ou mental que, confrontada por barreiras atitudinais ou institucionais, tenha inviabilizada a plena manutenção da organização da vida ou lhe cause sofrimento psíquico e que apresente necessidade de cuidado em saúde mental em qualquer fase do ciclo penal, independentemente de exame médico-legal ou medida de segurança em curso; (CNJ, 2023).

Sob essa abrangência e fundamentos, a Resolução CNJ n. 487/2023, no exercício de suas competências, determina:

- o fim das internações em hospitais de custódia, por meio da adoção de medidas terapêuticas em meio aberto e com acompanhamento pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- o reconhecimento da condição da pessoa com deficiência psicossocial desde o início do ciclo penal como base para a proteção de direitos e garantias durante todo o processo;
- a vedação de medidas terapêuticas que resultem em prejuízos à pessoa com deficiência psicossocial, bem como de internação em unidades prisionais ou hospitais psiquiátricos de caráter asilar; e
- a implementação de estratégias de desinstitucionalização orientadas pela perspectiva dos direitos humanos e da primazia do cuidado em liberdade.

Ainda sob o escopo desta contextualização, apresentamos a seguir os antecedentes da Resolução.

1.1 HISTÓRICO

A permanência dos manicômios judiciais no Brasil expressa a força de uma tradição institucional forjada no entrecruzamento do autoritarismo, do poder psiquiátrico e do punitivismo. Para compreender os atuais desafios à desinstitucionalização de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, é necessário ter em conta o longo percurso histórico que consolidou o manicômio como dispositivo de segregação. Aqui, reconstruímos os marcos normativos, políticos e sociais de combate a essas práticas de exclusão no sistema de justiça, situando a emergência da política antimanicomial - especialmente no Poder Judiciário - como parte de um processo mais amplo de lutas por direitos, cuidado em liberdade e justiça social.

No curso desses processos de transformação, o CFP e o Sistema Conselhos de Psicologia denunciam há tempos os manicômios judiciais como locais de graves características asilares, marcados por violência e exclusão. Um exemplo dessa produção é a Campanha Nacional de Direitos Humanos “Manicômio Judiciário: O pior do pior”, de 1999, e a Inspeção Nacional aos Manicômios realizada em 2015, marcando o compromisso ético-político da Psicologia na defesa do cuidado em liberdade, para todas as pessoas, em todas as situações.

Entendemos que a inovação da Resolução CNJ n. 487/2023 não está no campo normativo, mas em criar espaços e orientações para o Poder Judiciário na adequação aos preceitos constitucionais e internacionais cronicamente violados às pessoas com deficiência psicossocial no sistema de justiça. Mesmo porque tais normas estão profundamente carregadas de significado histórico e de luta política pela conquista de tais dispositivos.

É importante localizar, ainda, que a permanência dos manicômios judiciais no Brasil é parte de um projeto colonial de gestão dos corpos e dos territórios no país, com todo o legado deixado pela escravidão no racismo enraizado no controle da população brasileira por meio da violência e da administração do sistema de justiça.

Desde o início das instituições psiquiátricas no país, que precederam o surgimento do primeiro manicômio judicial no Rio de Janeiro, em 1921, os saberes e práticas do controle, da punição e da normalização estiveram profundamente associados à produção de subjetividades consideradas desviantes, perigosas ou incorrigíveis. O modelo da periculosidade - base para a aplicação das medidas de segurança - opera como um instrumento de racialização, de classismo e de capacitismo institucional. A figura do “louco perigoso” que deve ser separado do convívio social está longe de ser uma neutralidade técnica: é produto histórico da exclusão de pessoas negras, pobres, periféricas e em sofrimento psíquico de uma cidadania plena no Brasil.

A persistência dessa estrutura inscreve-se na nossa história como herança de regimes de poder que operam pela exclusão: a escravidão, a psiquiatria manicomial, o autoritarismo estatal. Por isso, desinstitucionalizar é também descolonizar. Não se trata apenas de fechar muros, mas de reconstruir vínculos, reparar violências e reinscrever sujeitos em projetos de cuidado que reconheçam a dignidade e a singularidade de suas vidas. Entendemos que a política antimanicomial no Poder Judiciário representa, neste sentido, um marco de transição da tutela à autonomia, do isolamento à convivência, da punição à reparação.

Até o final dos anos 1980, o manicômio era o ápice de uma concepção que excluía, segregava e negava a cidadania às pessoas com sofrimento mental. O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira produziu importantes avanços para a superação desse impasse ao denunciar as práticas desumanas e a inexistência de práticas terapêuticas, latente em diversos hospitais psiquiátricos.

Em dezembro de 1987, trabalhadoras(es) da saúde mental reunidas(os) na cidade de Bauru-SP redigiram o manifesto que marca o início da luta antimanicomial no Brasil e representa um marco no combate ao estigma e à exclusão de pessoas em sofrimento psíquico grave. Com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o congresso discutiu as formas de cuidado com os que apresentam sofrimento mental grave e representou um marco histórico do Movimento da Luta Antimanicomial, inaugurando nova trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Conquista desse movimento foi a promulgação da Lei n. 10.216, em 4 de junho de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A legislação foi fruto de ampla discussão no Congresso Nacional, por onde tramitou durante 12 anos, evidenciando a disputa de duas lógicas opostas em relação ao cuidado das pessoas com transtornos mentais. Neste sentido, constituiu um marco na proteção e defesa dos Direitos Humanos, ao consolidar um modelo de atenção à saúde mental na rede pública de saúde de base territorial e comunitária, substituindo o foco da hospitalização como única ou principal possibilidade de tratamento.

Alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a política de saúde mental passou, assim, a se consolidar, ganhando maior sustentação e visibilidade. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, e passam a existir novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país.

1.2 DEFICIÊNCIA E JUSTIÇA

Por sua vez, a incorporação da deficiência como categoria normativa e política representa um deslocamento importante no modo como o Estado passa a ser acionado para reparar as violações cometidas contra pessoas com transtornos mentais e deficiências psicossociais. A agenda dos direitos das pessoas com deficiência fortalece as conquistas do movimento da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental no direito das pessoas com deficiência psicossocial, e a Resolução CNJ n. 487/2023 inscreve-se nesse processo histórico, ao reconhecer que as medidas de segurança, majoritariamente determinada no modelo de internação, praticada com longos prazos pelos magistrados, especialmente nos ECTPs e no contexto do sistema penal, privam os sujeitos de seus direitos civis, políticos e sociais, negando-lhes atenção à saúde com qualidade.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2006 e ratificada pelo Brasil com *status* de Emenda Constitucional (Decreto n. 6.949/2009), constitui o principal marco de referência para esse entendimento. A Convenção propõe um modelo social e relacional de deficiência – também chamado de modelo biopsicossocial – no qual o impedimento físico, sensorial, intelectual ou psicossocial não é a causa exclusiva da deficiência, mas se torna um fator de exclusão a partir do momento em que encontra barreiras sociais, institucionais e atitudinais que limitam ou impedem a plena participação da pessoa na vida em sociedade. Esse marco normativo foi aprofundado com a Lei Brasileira de Inclusão (Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei n. 13.146/2015), que consolidou o modelo biopsicossocial da deficiência e reafirmou a centralidade da acessibilidade, da decisão apoiada e da eliminação de barreiras como fundamentos da cidadania.

É nesse sentido que a deficiência psicossocial precisa ser compreendida não apenas como uma condição clínica, mas como uma condição de direitos. O direito à saúde, nesse campo, deixa de ser uma prestação estritamente biomédica e passa a ser um campo de garantias materiais e simbólicas que dizem respeito à qualidade do cuidado, ao respeito à vontade da pessoa atendida e à sua liberdade de tomar decisões sobre sua vida, algo que a história do Direito negou ao considerado louco como *incapaz*. Nesse sentido, o programa QualityRights (*Direito é Qualidade*), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é um kit de ferramentas destinado a apoiar países na avaliação e melhoria da qualidade e do respeito aos Direitos Humanos em serviços de saúde mental e de assistência social. Lançado em 2012, é um dos avanços de compreensão do direito à saúde mental baseada na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), buscando assegurar que os serviços respeitem padrões de qualidade e Direitos Humanos, especialmente para pessoas com transtornos mentais, deficiências intelectuais e necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Ainda assim, a realidade das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei tem uma experiência histórica marcada pelo apagamento de sua condição de sujeitos de direito, e afasta a efetivação de seus direitos enquanto persistirem os manicômios judiciários. A figura do louco perigoso, reiterada pelo discurso jurídico-penal e psiquiátrico, sustentou a separação entre o direito à saúde e a realidade de sua negação dentro dos hospitais de custódia. Nesse cenário, a periculosidade obstruiu o reconhecimento de garantias que foram minimamente asseguradas a outros grupos vulnerabilizados.

Outro aspecto importante agregado à perspectiva da deficiência - e que aqui ressaltamos para efeito da política de desinstitucionalização em curso - diz respeito à necessidade de observar a deficiência em suas *interseccionalidades*. Pessoas com deficiência psicossocial não formam um grupo homogêneo. Raça, etnia, gênero, sexualidade, trajetórias e vínculos comunitários produzem atravessamentos que não podem ser desconsiderados na construção de estratégias de cuidado e garantia de direitos. Especialmente no Brasil, onde raça marca classe e classe marca raça, a abordagem interseccional confere elementos ainda mais consistentes para a compreensão sobre como devem ser estabelecidas as estratégias de cuidado e desinstitucionalização dessas pessoas.

O apagamento dessas dimensões opera como uma forma de violência normativa, que busca homogeneizar experiências diversas e compromete a qualidade da atenção prestada. A atenção às interações e entrecruzamentos dos variados pertencimentos dos sujeitos configuram importantes dispositivos para a atenção à singularidade e às modalidades específicas de estabelecimento de vínculo e de construção de estratégias de adaptação e de suporte para apoio ao exercício de suas capacidades, com atenção de qualidade. Reconhecer essas interseccionalidades é fundamental para estabelecer vínculos que respeitem a singularidade e permitam a construção de estratégias de suporte que ampliem o exercício das capacidades civis e políticas de cada pessoa.

1.3 ANTECEDENTES NORMATIVOS À POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO JUDICIÁRIO

Para além dos grandes marcos de referência da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos das Pessoas com Deficiência que respaldam a implementação da Política Antimanicomial no Poder Judiciário deflagrada com a Resolução CNJ n. 487/2023, vale ressaltar que um processo normativo mais amplo e contínuo, ao longo das últimas duas décadas vem desenhando um novo lugar político e jurídico para as pessoas com transtornos mentais e deficiência psicossocial no sistema de justiça. Dessa forma, as instituições de características asilares como os manicômios judiciários são incompatíveis com qualquer estratégia de promoção de saúde ou reabilitação psicossocial.

Esse percurso não se inicia com a Resolução, mas com a incorporação progressiva de legislações nacionais e tratados internacionais (ver Quadro 2 adiante) que impõem ao Estado brasileiro a

obrigação de garantir atenção qualificada em saúde mental, com enfoque nos Direitos Humanos das pessoas, em seu bem-estar e no cuidado em liberdade.

Tais marcos de referência encontram-se elencados na Resolução 487 e contextualizados no Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário (CNJ, 2023), dentre os quais destacamos:

- a **Resolução CNJ n. 113/2010** e **Recomendação CNJ n. 35/2011**, que já indicavam a necessidade de adoção da política antimanicomial na execução de medidas de segurança;
- a **Resolução CNJ n. 414/2021**, que estabelece quesitos periciais para a identificação de tortura e maus-tratos, inclusive em contextos de internação psiquiátrica;
- a **Portaria Interministerial n. 1/2014** e a **Portaria GM/MS n. 94/2014**, que instituem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) e criam o serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas (EAP) no SUS;
- as **Resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP)**, como a Resolução n. 4/2010, que fixava o prazo já vencido de dez anos para a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança, e a Resolução n. 2/2014, que determinou a descaracterização dos ECTPs como estabelecimentos elegíveis para recebimento de fundos para manutenção e ampliação de suas estruturas, considerando a necessidade de serem desativados;
- a **Resolução CNDH n. 8/2019**, que reconhece a falência dos manicômios judiciários como estruturas de cuidado e recomenda sua substituição por estratégias comunitárias e psicossociais.

A consolidação da Resolução CNJ n. 487/2023 não inaugura, mas dá continuidade e densidade normativa a um processo histórico de enfrentamento à lógica manicomial no sistema de justiça brasileiro. Esse percurso, tecido por legislações, diretrizes internacionais e mobilizações sociais, reposiciona o Estado frente à obrigação de garantir direitos à saúde para pessoas cuja atenção foi historicamente negada por meio do aparato psiquiátrico-penal e o estigma da periculosidade.

A Política Antimanicomial no Poder Judiciário emerge, assim, como um marco de transição paradigmática: da segregação institucional à atenção em liberdade, e das lógicas tutelares à construção de caminhos para a autodeterminação. Ao reconhecer a deficiência como categoria de direitos e ao integrar as interseccionalidades que atravessam a experiência das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, a sociedade é convocada a romper com dispositivos coloniais de exclusão. A transformação do Sistema de Justiça - juntamente com a constituição de caminhos de reparação, cuidado e de reelaboração dos conflitos socialmente inscritos - torna-se uma tarefa de primeira necessidade.

Não se trata, portanto, de um ajuste técnico, mas de um reposicionamento ético e político do próprio sistema judicial frente à vida das pessoas que, por tanto tempo, foram mantidas à margem da proteção que a Constituição lhes assegura.

1.4 QUADRO DE NORMAS ADJACENTES À RESOLUÇÃO

Quadro 2 - Referências Normativas Pertinentes ao Processo de Desinstitucionalização dos Manicômios Judiciários no Brasil

Normativa	Ementa
Resolução CNJ 487/2023	Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.
Constituição Federal	A Constituição de 1988 estabelece os direitos fundamentais dos cidadãos, incluindo a saúde como um direito (art. 196).
Convenção de Direitos da Pessoa com Deficiência	De validade equiparada a Emenda Constitucional, a Convenção de Direitos da Pessoa com Deficiência, assinada pelo Brasil em 2009, busca garantir os direitos das pessoas com deficiência em várias esferas sociais, incluindo no âmbito da saúde.
Lei Brasileira de Inclusão	Lei n. 13.146/2015, que estabelece o Estatuto da Pessoa com Deficiência.
Lei da Reforma Psiquiátrica	Lei n. 10.216/2001, que define a política nacional de saúde mental e redireciona o modelo assistencial.
Lei n. 9.455, de 7 de abril de 1997	Tipifica crimes de tortura e maus-tratos, com foco na proteção da dignidade humana.
Lei n. 12.847, de 2 de agosto de 2013	Cria o Sistema instituído para coordenar ações contra a tortura e os maus-tratos em instituições de privação de liberdade (Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura).
Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, no âmbito do Programa "De Volta pra Casa".
Portaria GM/MS n. 4.876, de 18 de julho de 2024	Altera as Portarias de Consolidação GM/MS n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-Desinst, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Sistema Único de Saúde - SUS.
Portaria SAES/MS n. 2.070, de 4 de setembro de 2024	Estabelece regras para registro da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-DESINST) e inclui procedimento na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde.

Normativa	Ementa
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 (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Resoluções n. 04/2010 e n. 05/2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP)	Para a aplicação da Lei n. 10.216/2001 à execução das medidas de segurança.
Relatório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos das Nações Unidas, apresentado na 34ª Sessão da Assembleia Geral da ONU em janeiro de 2017	Expõe um conjunto de recomendações voltadas à qualificação dos serviços de saúde mental, a acabar com a prática do tratamento involuntário e da institucionalização e para criação de um ambiente político e legal que assegure a garantia dos direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais.
Resolução n. 8/2019 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH)	Destinada à orientação das políticas de saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas em todo o território nacional.
Resolução n. 2002/2012 do Conselho Econômico e Social da ONU	Destinada à orientação dos princípios básicos para a utilização de programas de justiça restaurativa em matéria criminal.
Resolução CNJ n. 113/2010 e a Recomendação CNJ n. 35/2010	Publicadas com o objetivo de adequar a atuação da justiça penal aos dispositivos da Lei n. 10.216/2001, privilegiando-se a manutenção da pessoa em sofrimento mental em meio aberto e o diálogo permanente com a rede de atenção psicossocial.
Resolução CNJ n. 213/2015	Dispõe sobre a apresentação de toda pessoa presa à autoridade judicial no prazo de 24 horas.
Resolução CNJ n. 225/2016	Dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário.
Resolução CNJ n. 287/2019	Estabelece procedimentos para o tratamento das pessoas indígenas acusadas, réis, condenadas ou privadas de liberdade, e dá diretrizes para assegurar os direitos dessa população no âmbito criminal do Poder Judiciário.
Resolução CNJ n. 288/2019	Define a política institucional do Poder Judiciário para a promoção da aplicação de alternativas penais, com enfoque restaurativo, em substituição à privação de liberdade.
Resolução CNJ n. 307/2019	Institui a Política de Atenção a Pessoas Egressas do Sistema Prisional no âmbito do Poder Judiciário, prevendo os procedimentos, as diretrizes, o modelo institucional e a metodologia de trabalho para sua implementação.
Resolução CNJ n. 348/2020	Estabelece diretrizes e procedimentos a serem observados pelo Poder Judiciário, no âmbito criminal, com relação ao tratamento da população lésbica, gay, bissexual, transexual, travesti ou intersexo que seja custodiada, acusada, ré, condenada, privada de liberdade, em cumprimento de alternativas penais ou monitorada eletronicamente.

Normativa	Ementa
Recomendação CNJ n. 119/2021	Recomenda a adoção de procedimentos e diretrizes a serem observados pelo Poder Judiciário para a garantia dos direitos à assistência e diversidade religiosa em suas mais diversas matrizes, e à liberdade de crença nas unidades de privação e restrição de liberdade.
Resolução CNJ n. 369/2021	Estabelece procedimentos e diretrizes para a substituição da privação de liberdade de gestantes, mães, pais e responsáveis por crianças e pessoas com deficiência, nos termos dos arts. 318 e 318-A do Código de Processo Penal, e em cumprimento às ordens coletivas de habeas corpus concedidas pela 2ª Turma do Supremo Tribunal Federal nos HCs n. 143.641/SP e n. 165.704/DF.
Resolução CNJ n. 401/2021	Dispõe sobre o desenvolvimento de diretrizes de acessibilidade e inclusão de pessoas com deficiência nos órgãos do Poder Judiciário e de seus serviços auxiliares, e regulamenta o funcionamento de unidades de acessibilidade e inclusão.
Resolução CNJ n. 425/2021	Institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades.

Fonte: Conselho Federal de Psicologia.

1.5 RESOLUÇÃO CNJ N. 487/2023: CONCEITOS E INSTRUMENTOS

A análise das normativas reunidas em torno da Resolução CNJ n. 487/2023 permite compreender que o marco da regulamentação da Política Antimanicomial no Poder Judiciário prevê sobretudo a adequação da abordagem do sistema penal ao conjunto de garantias e preceitos fundamentais que assistem os Direitos Humanos da pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei - isto é, **não há inovação alguma da Resolução à legislação já existente**. Seu grande mérito é criar orientações e fluxos para o cumprimento do que já existe.

Desde a Constituição de 1988, a legislação penal e processual penal, antes baseada nos preceitos da periculosidade, da custódia e do tratamento psiquiátrico compulsório, foi reformada com base em princípios que vedam penas de morte, de caráter perpétuo, cruéis ou sem prévia cominação legal (CF, art. 5º, incisos XLVII e XXXIX), com observância ao direito pelos apenados do respeito à integridade física e moral (art. 5º, XLIX) e ao igual tratamento perante a lei sem distinções de qualquer natureza (art. 5º, *caput*).

Disso decorre a necessidade de reorientação das medidas de segurança para cumprimento em consonância ao princípio da dignidade humana, isto é, sem seu caráter desumano e degradante; com devido controle sobre sua duração e prolongamento, a saber, com referência à sua duração indefini-

da e, por vezes, perpétua; com observância ao devido processo legal (art. 5º, LIV) e a atenção, com qualidade e igualdade de condições prestadas a todos os cidadãos, à saúde das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Posteriormente, com a promulgação da Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a atenção à saúde de todas as pessoas com deficiência psicossocial foi regulamentada com um rol de direitos ao tratamento em saúde de qualidade (art. 2º, *caput* e *incisos*), com respeito e interesse exclusivo de beneficiar o usuário da atenção prestada; enfatizando recurso preferencial:

- a) a serviços de saúde em comunidade, no território e com vistas ao seu cuidado em liberdade;
- b) com proteção de violências de abusos;
- c) com direito a comunicação e
- d) à informação médica e qualificada sobre sua condição de saúde. (Brasil, 2001, *online*).

Nesse sentido, na hipótese de cometimento de ato em conflito com a lei por pessoa considerada com transtorno mental, internações como as previstas no Código Penal estariam limitadas pela proibição de sua realização em instituições com características asilares (§3º, art. 4º) como os ECTPs e congêneres, por sua patente violação à garantia dos direitos previstos no art. 2º da Lei n. 10.216/2001.

No âmbito do Direito Internacional, o Brasil em 2008 ratificou com status de Emenda Constitucional a **Convenção de Direitos Humanos da Pessoa com Deficiência (CDPD)**, e, em 2015, aprovou a **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, ou Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/2015)**. Os aparatos normativos, que acrescentaram ao panorama jurídico brasileiro uma nova série de garantias e direitos à pessoa com deficiência, ainda hoje enfrentam desafios para serem plenamente incorporados ao contexto das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Tal conjunto de referências normativas puseram em movimento um novo paradigma de concepção, chamado **modelo biopsicossocial da deficiência**, que entende por deficiência um fenômeno complexo, resultante da interação entre impedimentos de função ou estrutura do corpo e as barreiras, atitudinais, sociais e ambientais. Quando necessária, sua avaliação deve considerar os critérios estabelecidos nos incisos do §1º do art. 2º da Lei Brasileira de Inclusão:

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação. (Brasil, 2015, online).

Igualmente, segundo os referenciais normativos citados, a deficiência não deve ser motivo para a restrição de direitos como o acesso à saúde, à segurança e à proteção contra a violência e o abuso. Essa garantia deve ser observada também em situações de aplicação de sanções penais, conforme o art. 81 do Estatuto da Pessoa com Deficiência — uma determinação de aplicação direta, ainda não cumprida em sua integralidade na realidade dos manicômios judiciais do país.

É ainda direito das pessoas com deficiência que “conquistem e conservem o máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional, bem como plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida” (art. 26.1 da CDPD). Ainda, do reconhecimento igual perante a lei previsto na CDPD decorre a responsabilidade estatal na tomada de “medidas apropriadas para prover o acesso de pessoas com deficiência ao apoio que necessitarem no exercício de sua capacidade legal” (art. 12.3), seguidas de salvaguardas apropriadas e efetivas para a prevenção de abusos e respeito aos direitos, à vontade e às preferências da pessoa com deficiência (art. 12.4).

Tais preceitos da Convenção sustentam o que o Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário (Brasil, 2023) vem destacando como importantes instrumentos desse diploma, a saber, o da **Adaptação Razoável**, descrito na CPDP (art. 2) como

[...] as modificações e os ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional ou indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que as pessoas com deficiência possam gozar ou exercer, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.

Também, o da **Tomada de Decisão Apoiada** (art. 84, §2º), modalidade de apoio facultado à pessoa com deficiência prevista no Estatuto cuja definição é de, segundo o Manual,

criar as condições necessárias, diante do caso concreto, para garantir a autonomia nos processos decisórios e o suporte adequado às demandas apresentadas, conectados a processos de garantia de outros direitos que potencializam o exercício desta autonomia. (Brasil, 2023, p. 53).

Tais recursos normativos contrapõem-se ao modelo asilar e punitivo das medidas de segurança aplicadas nos manicômios judiciais às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, redirecionando as políticas de saúde mental e justiça criminal para outros dispositivos e estratégias de atenção na saúde, no cuidado em liberdade e na garantia de direitos, com enfoque:

- nos cuidados baseados na Rede de Atenção Psicossocial;
- na Avaliação Multidisciplinar de planejamento de estratégias de atenção entre a Justiça, a Saúde e também a Assistência Social;
- na priorização do vínculo com o território e no convívio com a comunidade em liberdade;
- na valorização de estratégias restaurativas e comunitárias na condução dos conflitos e na reconstrução de vínculos; e
- no reconhecimento de determinantes sociais com observância às interseccionalidades de gênero, raça, etnia, idade, orientação sexual e estrato econômico-social como condicionantes de maior ou menor vulnerabilidade para agravos em saúde, violação de direitos e participação social das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Incorporando essas e outras normativas precedentes, a Resolução CNJ n. 487/2023 dispõe sobre um conjunto de determinações aplicáveis na justiça criminal às pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réus ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto.

Vedando a internação desse segmento em instituição de caráter asilar como os ECTPs e hospitais psiquiátricos (inciso VIII do art. 3º), a referida Resolução estabelece como diretrizes de atenção à população com deficiência psicossocial em conflito com a lei “o interesse exclusivo do tratamento em benefício à saúde, com vistas ao suporte e reabilitação psicossocial por meio da inclusão social, a partir da reconstrução de laços e de referências familiares e comunitárias, da valorização e do fortalecimento das habilidades da pessoa e do acesso à proteção social, à renda, ao trabalho e ao tratamento de saúde” (inciso VI, art. 3º), em ambiente terapêutico de caráter não asilar (inciso VII, art. 3º) e com “respeito à territorialidade dos serviços e ao tratamento no meio social em que vive a pessoa, visando sempre a manutenção dos laços familiares e comunitários” (inciso XII, art. 3º).

1.6 PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES (PTS)

Desenhada para implementação da observância dos direitos da pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei desde as portas de ingresso na justiça penal (nos processos de conhecimento e na hipótese de incidência de tratamento em saúde mental no curso de prisão preventiva ou outras medidas cautelares), a Resolução prevê como dispositivo orientador das decisões judiciais o **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**. O texto o define, em seu inciso VI, art. 2º, como um

conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou comunidade, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e centrado na singularidade da pessoa em tratamento, de modo a contribuir para a estratégia compartilhada de gestão e de cuidado, possibilitando a definição de objetivos comuns entre equipe e sujeito em acompanhamento em saúde. (CNJ, 2023)

Na normativa, o PTS assume o papel orientador das articulações interinstitucionais do Judiciário com as redes de atenção (inciso IX, art. 3º) e das decisões proferidas tendo por referência prioritária o direito à saúde da pessoa com deficiência.

Além do PTS, a Resolução n. 487/2023 determina levar em conta nas decisões judiciais os pareceres das equipes multiprofissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e das equipes conectoras da Justiça à Saúde, como as Equipes de Acompanhamento e Avaliação das Medidas Terapêuticas aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAPs-Desinst), que atendem a pessoa em conflito com a lei:

Art. 11. Na sentença criminal que imponha medida de segurança, a autoridade judicial determinará a modalidade mais indicada ao tratamento de saúde da pessoa acusada, considerados a avaliação biopsicossocial, outros exames eventualmente realizados na fase instrutória e os cuidados a serem prestados em meio aberto.

Parágrafo único. A autoridade judicial levará em conta, nas decisões que envolvam imposição ou alteração do cumprimento de medida de segurança, os pareceres das equipes multiprofissionais que atendem o paciente na Raps, da EAP ou outra equipe conectora. (CNJ, 2023).

Tal determinação contribui para a ampliação de recursos na tomada de decisão dos magistrados em sentenças e decisões em favor dos cuidados em liberdade da pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei. Segundo o art. 12 da Resolução, ela deverá ser priorizada em tratamento ambulatorial face às medidas de segurança de internação, que deverá ocorrer em hipóteses absolutamente excepcionais, compreendidas como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito do PTS.

Além disso, prevê a adequação a várias outras condicionalidades, requerendo-se acompanhamento da internação em hospital geral ou CAPS de estrutura adequada com vistas a suas condições de reversão para o cuidado em liberdade, evitando o prolongamento desnecessário e a institucionalização da pessoa em tratamento (art. 13 e parágrafos).

A resolução prevê ainda a avaliação da possibilidade de extinção das medidas de segurança pelo juiz em caráter anual ou a qualquer tempo, quando requerido pela defesa ou pela equipe de saúde que acompanha o paciente (§5º, art. 12).

1.7 PRAZOS PARA AÇÕES E FECHAMENTO DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS

A Resolução previu ainda um prazo para implementação de ações de desinstitucionalização para o Poder Judiciário em cada estado. Uma primeira parte, com a revisão de todos os processos envolvendo pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, avaliando a possibilidade de extinção de medida, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado ao segmento remanescente tanto nos ECTPs e estabelecimentos congêneres, como em prisão processual ou cumprimento de pena em unidades prisionais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres (art. 16).

Subsequentemente, a Resolução determina a elaboração de PTS para todos os pacientes em internação em ECTP ou unidades prisionais com vistas à alta planejada e reabilitação psicossocial em meio aberto (art. 17), além do fechamento da porta de novos ingressos nos ECTPs existentes (interdição parcial) e posterior interdição total, com o fechamento dessas instituições (art.18).

Recentemente, os prazos estipulados pela Resolução para a efetivação dessas ações ganharam nova redação pela Resolução CNJ n. 572/2024, descritos conforme Quadro 3 a seguir.

Quadro 3 - Resolução 572/2024: ações e prazos estipulados no original e em nova redação

Ações	Prazo anterior	Novo prazo
Revisão de todos os processos	28/11/2023	28/02/2024
Elaboração de PTS de cada paciente	28/05/2024	28/08/2024
Interdição parcial de ECTPs	28/11/2023	28/02/2024
Interdição total de ECTPs	28/05/2024	28/08/2024

Fonte: CNJ (2024).

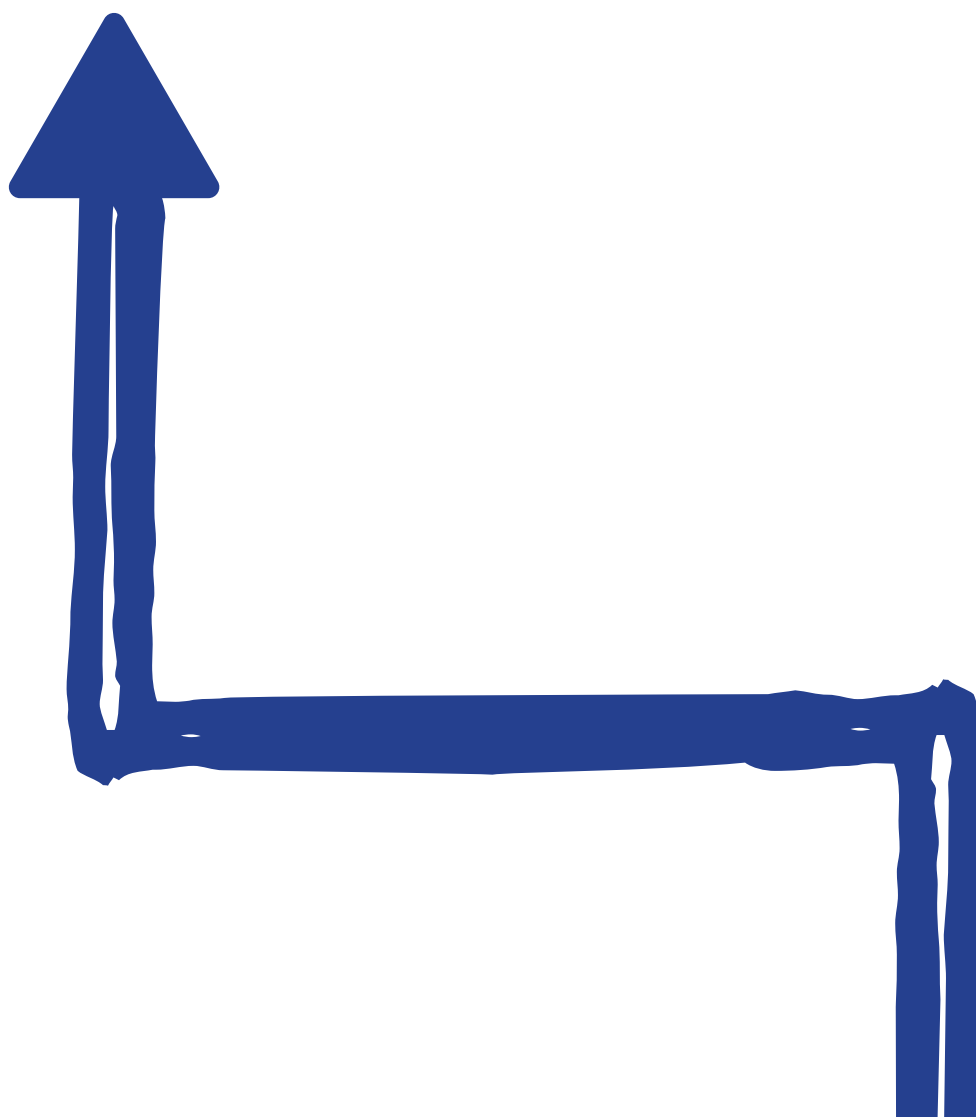
Ainda conforme a nova redação conferida pela Resolução CNJ n. 572/2024, os Tribunais de Justiça puderam solicitar até 29 de novembro de 2024 um pedido de prorrogação, mediante fundamentação, descrição de ações já implementadas e proposta de plano de ação com a descrição de ações pendentes (art. 18-A da Resolução CNJ n. 487/2023).

Até o fechamento deste Relatório, apenas o estado do Ceará indicou a conclusão na implementação das ações previstas na Resolução CNJ n. 487/2023. Em abril de 2025, o CNJ anunciou

a validação dos planos de ação de 22 unidades da federação, reconhecendo a atuação dos Tribunais na estruturação de respostas efetivas à implementação da política antimanicomial em sua atuação no âmbito das penas e medidas de segurança. Contudo, a prorrogação na execução da política não deve suprimir a urgência das ações em curso, nem encobrir as omissões históricas do sistema de justiça frente às violações perpetradas contra pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Mais do que formalizar compromissos em planos de ação, cabe ao Estado e aos poderes e atores institucionais que o constitui cumprir o dever constitucional de reparar as trajetórias marcadas pela exclusão e garantir o acesso efetivo ao cuidado em saúde das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

A superação dos manicômios judiciários não comporta reticências e condutas protelatórias: exige constante empenho na articulação interinstitucional, na construção de redes de apoio, e na mobilização da participação dos sujeitos com deficiência psicossocial em conflito com a lei, da comunidade e dos serviços de atenção na garantia de direitos, em favor da desinstitucionalização e da construção de novos projetos de vida, com dignidade, autonomia e participação social.



2. METODOLOGIA

2.1 INSPEÇÕES EM MOVIMENTO: ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DA INSPEÇÃO NACIONAL

Orientada pela urgência do processo de desinstitucionalização em curso, a presente edição da Inspeção Nacional em Direitos Humanos exigiu do Conselho Federal de Psicologia, em conjunto aos Conselhos Regionais, a formulação de uma nova abordagem metodológica em relação às versões anteriores. O método adotado ancora-se no reconhecimento de que a desinstitucionalização dos manicômios judiciais, considerando um emaranhado diversificado e complexo de estabelecimentos e serviços, se sobrepõe a antigas e a novas formas de institucionalização em meio às tentativas de reorientação do cuidado para estratégias de atenção em liberdade. Por essa razão, foi necessário desenvolver uma metodologia atenta aos múltiplos territórios de permanência, trânsito e cuidado das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Com o objetivo de construir um retrato situado desse processo em andamento, denominamos de “Inspeções em Movimento” a diretriz que orientou a produção e a organização das informações desta edição, conduzida por nós no âmbito do Sistema Conselhos de Psicologia, de suas Comissões de Direitos Humanos e outras equipes técnicas dos CRPs.

Essa concepção metodológica buscou consolidar informações com sensibilidade às variadas dinâmicas locais, captando as dinâmicas concretas dos processos de internação e desinternação, os deslocamentos institucionais e territoriais vivenciados por essa população, bem como os enfrentamentos cotidianos à lógica manicomial nos diversos equipamentos que integram a rede de atenção à saúde mental.

Para a análise dos resultados desse projeto, estruturamos e reunimos as informações em três frentes:

- análise normativa dos marcos legais que fundamentam o fechamento dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) e construção de políticas de cuidado em liberdade, tendo por base os preceitos da Resolução CNJ n. 487/2023 e seus fundamentos normativos nacionais e internacionais;
- os parâmetros de avaliação das edições anteriores da Inspeção Nacional, cujos referenciais contribuíram para o reconhecimento de práticas de violação e o desenvolvimento de categorias de análise dos achados nas instituições e dispositivos da rede de atenção visitados;
- a produção e a sistematização das informações encaminhadas pelos CRPs - realizadas com o apoio das Comissões de Orientação e Fiscalização (COFs), CREPOPs e outros setores internos envolvidos - e com a participação de parceiros locais, redes de apoio e instituições públicas, visando ao levantamento de informações e à realização de inspeções em conjunto.

As contribuições fornecidas pelos Conselhos Regionais sobre a realidade dos estados jurisdicionados para o presente relatório foram divididas em duas etapas: uma primeira de levantamento de informações locais, e uma segunda que envolveu incursões em manicômios judiciários e outras instituições congêneres, e a equipamentos da RAPS, identificadas a partir do levantamento e identificação dos CRPs e parcerias interinstitucionais locais.

A análise dos Relatórios Regionais se deu por meio da organização temática dos dados a partir de eixos estruturantes que orientam este Relatório Nacional, permitindo o cruzamento das informações extraídas das inspeções locais com informações contidas nos Planos de Ação dos Tribunais de Justiça previstos na nova redação conferida pela Resolução CNJ n. 572/2024. Essa triangulação possibilitou aprofundar o retrato das tensões, desafios e possibilidades correntes ao atual cenário da desinstitucionalização no Brasil.

Por fim, as ações desta Inspeção Nacional colocaram em curso a procura por múltiplos nichos de instituições que compõem o itinerário das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei. Assim, também fizeram parte das diligências e investigações dos Regionais alguns equipamentos e instituições cuja presença do segmento em foco não se encontravam presentes, mas caracterizavam espaços eletivos para acolhimento na prestação de serviços de atenção ao segmento.

Em outras situações, instituições de características asilares sob inspeção não tiveram identificadas pessoas em conflito com a lei, mas também integraram o presente relatório pela realização no curso da metodologia desenvolvida para o projeto. É o caso, por exemplo, da Comunidade Terapêutica Novo Amanhecer, inspecionada em Mato Grosso do Sul pelo CRP 14, cuja interdição foi determinada após a inspeção em razão de flagrantes violações aos preceitos normativos vigentes para o acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico decorrente de situações de uso problemático de substâncias.



3. RETRATOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

3.1 RETRATOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS

No que se refere às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, é necessário reafirmar, antes de qualquer categorização institucional, jurídica ou clínica, que estamos tratando de sujeitos de direito. São pessoas cuja trajetória institucional é marcada pela negação sistemática de sua condição cidadã e pela ausência de garantias fundamentais. Trata-se de um segmento atravessado por sucessivas camadas de encobrimento burocrático, omissão estatal e processos históricos de subalternização e violência — frequentemente negro, empobrecido e negligenciado na atenção pública.

Os números e itinerários das pessoas aqui impressos são registros de sujeitos subnotificados de suas existências e de seus direitos. São muitas as trancas - e, por fim, os espaços vazios - nos registros que deveriam garantir informações elementares sobre o ser pessoa, o ser cidadão. Dados sobre o gênero, a raça/etnia e a formação educacional foram ausências recorrentes, tanto quanto os projetos de vida, os indicadores de dignidade, e o acesso à saúde e a outros direitos.

Para acessá-los, nossas equipes, em todas as regiões do país, encontraram resistências significativas no acesso às instituições e para a construção de condições mínimas de interlocução com pessoas internas nos manicômios judiciários e em outras instituições de características asilares. Houve ainda as situações em que o acesso às pessoas internadas para escuta de seus relatos sobre suas condições de vida foi terminantemente negado pelas instituições inspecionadas.

O desafio de produzir dados confiáveis sobre essa população já havia sido registrado na introdução do Censo Nacional dos ECTPs, único levantamento de abrangência nacional realizado em 2011, conduzido pela antropóloga Debora Diniz. Mais de uma década depois, persistem os obstáculos para a obtenção de informações básicas, como nome, idade, tempo de custódia, situação processual e perfil socioeconômico.

As pessoas aqui registradas em relatórios e planilhas não são necessariamente as mesmas do levantamento de dez anos atrás. Seus percursos são outros, seus destinos muitas vezes desconhecidos. Os dados reunidos por esta Inspeção, assim como os da pesquisa recente promovida pelo CNJ sobre os itinerários jurídicos e institucionais do segmento, não se superpõem: eles coexistem e revelam lacunas distintas de um mesmo problema estrutural.

Em nossa ação de levantamento, identificamos **2.053 pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) e outras instituições de características asilares**, contingente que sinaliza a necessidade de reforços à implementação de estratégias de desinstitucionalização e de acompanhamentos dos itinerários e percursos do segmento.

A apresentação deste número sinaliza diferenças com as informações do próprio Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN), um sistema de coleta de dados do sistema penitenciário brasileiro sob responsabilidade da Secretaria Nacional de Políticas Penais do Ministério da Justiça e Segurança Pública, que concentra informações sobre os estabelecimentos penais e a população carcerária. O sistema indica que, no segundo semestre de 2024 (até 31 de dezembro), havia 1776 pessoas internadas em medida de segurança. A dificuldade de concentração e verificação de dados é, em si, um indício do desafio de mapeamento deste segmento nas unidades de encarceramento brasileiras.

Nesse bojo, ressaltamos ainda que a reunião dessas informações enfrentou resistências substanciais por parte das unidades, no acesso físico às instituições e na indisponibilidade de dados organizados e públicos. Essas dificuldades não se restringem ao acesso técnico ou administrativo, elas **expressam uma política persistente de bloqueio à transparência e ao controle público sobre o tratamento conferido pelo Estado às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei**.

Destacamos que o acesso e a fiscalização do desempenho das instituições que atuam com pessoas em privação de liberdade são condição inegociável para a transparência e o controle democrático dessas instituições. Trata-se de um princípio fundamental à manutenção do Estado Democrático de Direito, previsto no ordenamento jurídico brasileiro — tanto na Constituição Federal quanto em nossa legislação ordinária e nos tratados internacionais de Direitos Humanos ratificados pelo país, como o Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura da ONU (2007).

No conhecimento a ser trilhado nesta complexa realidade, há ao menos três percursos institucionais muito parcialmente abordados no escopo desta edição da Inspeção, mas que exigem atenção na política antimanicomial no âmbito da Justiça:

- 1) A cifra de pessoas com deficiência psicossocial mantidas em **unidades prisionais comuns**, especialmente como **presos provisórios**, realidade amplamente subnotificada e no qual as equipes multidisciplinares em acompanhamento das Audiências de Custódia e as equipes de EAP-Desinst possuem papel fundamental na garantia de direitos às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei em caráter provisório;

2) Os casos de **peças presas em situação de adoecimento psíquico**, que seguem sob demanda de reconhecimento institucional e implementação de fluxos de cuidado delimitados na Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional; e

3) Os **itinerários das peças egressas dos ECTPs**, das quais, conforme dados do Conselho Nacional de Justiça de 2024 contabilizaram o retorno de **mais de 80% da população desinstitucionalizada dos manicômios judiciários de volta à convivência familiar** em tratamento ambulatorial na RAPS, o que representa outra importante dimensão do processo de desinstitucionalização que nos exige atenção aprofundada.

Face à realidade atual da desinstitucionalização e à persistência de peças com deficiência psicossocial em conflito com a lei em instituições de características asilares, **a presente Inspeção continua sendo uma ação da Psicologia brasileira, orientada pelo compromisso com a denúncia à violação nos manicômios judiciários e outras instituições de características asilares**, e com a defesa de **Direitos Humanos**. A reparação das violências identificadas, como compromisso institucional, é condição fundamental para reverter o quadro crônico de violações perpetradas pelo Estado contra peças com deficiência psicossocial em privação de liberdade.

3.2 PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA

A seguir, apresentamos uma visão panorâmica dos resultados da Inspeção Nacional realizada no âmbito do Sistema Conselhos de Psicologia, com foco na desinstitucionalização das peças com deficiência psicossocial em conflito com a lei. O levantamento e a análise dos dados foram conduzidos com base nas informações fornecidas pelos Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs), buscando consolidar um retrato amplo e multifacetado da realidade dos manicômios judiciários, dos deslocamentos em outras instituições e das alternativas de cuidado em liberdade pelos variados estados do país.

O esforço de levantamento envolveu a ampla mobilização de toda a estrutura interna dos Conselhos Regionais de Psicologia, demonstrando o compromisso do Sistema Conselhos com os Direitos Humanos. Para além das Comissões de Direitos Humanos, participaram ativamente do processo os Centros de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOPs), as Comissões de Orientação e Fiscalização (COFs) e as Comissões de Ética (COEs) nos estados.

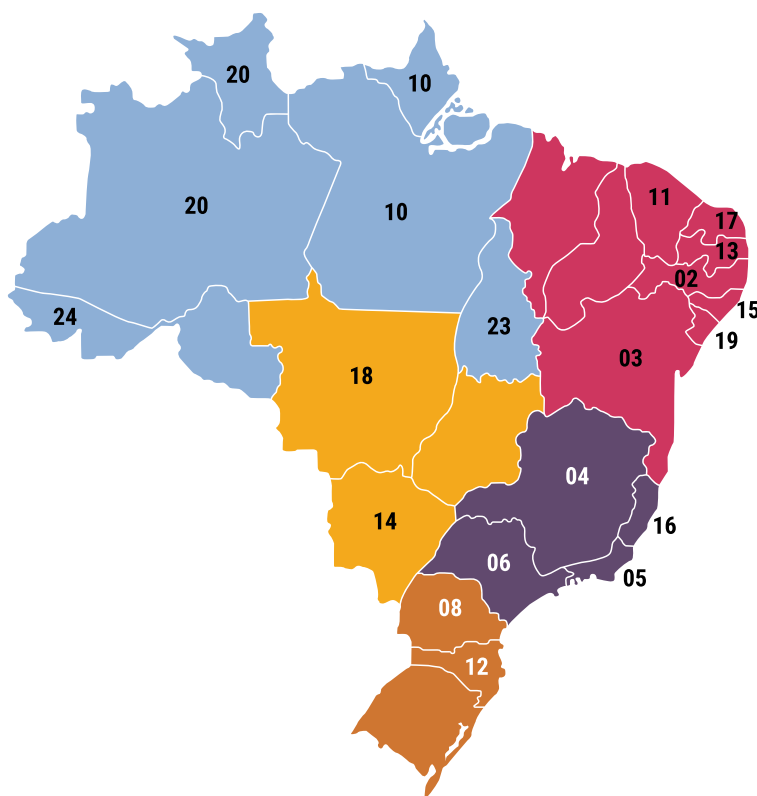
Esse engajamento institucional enfrentou inúmeros desafios, dado o cenário político-institucional em movimento e as dificuldades de acesso às informações em vários estados, parte da sintomática política de encobrimento e subalternização da população em foco. Ainda assim, os Relatórios Regionais sistematizados oferecem uma importante contribuição sobre as dinâmicas de permanência e desinstitucionalização das peças com deficiência psicossocial em conflito com a lei, apontando

caminhos para a efetivação de políticas públicas de cuidado em liberdade e de garantia dos direitos previstos nos preceitos normativos nacional e internacionalmente afirmados em nossa lei.

A participação dos Conselhos Regionais de Psicologia na Inspeção Nacional de Direitos Humanos se deu de maneira ampla e diversificada, abrangendo a atuação de **19 Conselhos Regionais** com ações de levantamento de informações e/ou inspeções em **21 unidades da federação** (ver Quadro 4). As estratégias adotadas pelos CRPs seguiram o levantamento de informações combinado com visitas e inspeções *in loco*, no qual os Regionais articularam ações de campo para a coleta direta de dados sobre as instituições inspecionadas, complementando o diagnóstico documental.

Quadro 4 - Inspeções Nacionais: CRPs participantes por UF

CRP	UF
02	PE
03	BA
04	MG
05	RJ
06	SP
08	PR
10	AP
10	PA
11	CE
12	SC
13	PB
14	MS
15	AL
16	ES
17	RN
18	MT
19	SE
20	AM
20	RR
23	TO
24	AC



Fonte: Conselho Federal de Psicologia (2025)

De modo a ampliar a abrangência das informações relativas ao processo de desinstitucionalização em mais pontos do país, foram incluídas também as contribuições dos Regionais que realizaram o mapeamento da conjuntura local e das condições de atenção às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, sem o recurso das visitas presenciais; caso dos reportes encaminhados pelo CRP 20, referente aos estados do Amazonas e de Roraima, e pelo CRP 11, sobre o contexto do estado

do Ceará. Para além dos Conselhos Regionais participantes, fizemos recurso às informações secundárias fornecidas pelo Plano de Ação do TJDFT acerca da conjuntura no DF, com o mesmo propósito de ampliar o alcance das informações reunidas no levantamento desta edição das inspeções nacionais.

Quadro 5 - Modalidades de participação dos Conselhos Regionais de Psicologia

A participação dos Regionais ocorreu sob duas modalidades:

- **levantamento de informações + visitas e inspeções *in loco***: ações combinadas de levantamento e visita a instituições.
- **Levantamento de informações**: mapeamento da conjuntura local sem visita *in loco* (Estados do Amazonas, Roraima e Ceará).

19 CRPs participaram da Inspeção Nacional com ações de levantamento e/ou inspeção em **21 UFs**.

Fonte: Conselho Federal de Psicologia (2025)

Esse esforço dinâmico e articulado favoreceu um retrato amplo das realidades locais, oferecendo coordenadas para a transformação em curso da situação dos manicômios judiciários e das estratégias de desinstitucionalização no país.

3.3 TIPOS DE ESTABELECIMENTOS

As inspeções realizadas no âmbito da presente edição da Inspeção Nacional em Direitos Humanos contemplaram uma ampla diversidade de instituições e equipamentos, evidenciando o compromisso do Sistema Conselhos de Psicologia em contribuir com uma leitura abrangente e situada da atual conjuntura da desinstitucionalização de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei no Brasil.

O alcance desse empenho **superou os protocolos tradicionais de inspeção de edições anteriores, incluindo também os diferentes dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e serviços substitutivos distribuídos nos territórios**. Os CRPs dedicaram-se a descrever as estratégias e práticas de cuidado em liberdade realizadas por esses serviços. Assim, foram incorporadas ao escopo da inspeção visitas e entrevistas realizadas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Unidades Básicas de Saúde (UBSs), hospitais gerais com leitos de saúde mental, entre outros.

Como **inspeção em movimento, destacamos a compreensão de que a desinstitucionalização dos manicômios judiciários não se realiza apenas com o encerramento dos ECTPs, mas exi-**

ge atenção ao cotidiano dos equipamentos e das equipes que operam a política de cuidado em liberdade. A lógica de institucionalização pode persistir, sob novas formas, mesmo em dispositivos considerados substitutivos, o que demanda não apenas a identificação de violações, mas também o acompanhamento crítico das práticas em curso - seus impasses, potências e necessidades - no interior da RAPS e de outras redes de suporte.

Tal abordagem reforça o caráter intersetorial da política de desinstitucionalização, extrapolando os limites descritivos deste relatório e exigindo articulação entre diferentes setores e níveis de gestão. Ao incluir esses espaços na análise, reconhecemos que **a efetivação da desinstitucionalização passa pelo redirecionamento do enfoque às experiências territoriais e condições concretas que sustentam a reconstrução de vínculos e a garantia de direitos das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.**

Para fins de esquematização das informações reunidas, os tipos de instituições e serviços visitados foram agrupados em três conjuntos principais, com base nos deslocamentos identificados nos itinerários institucionais do segmento.

O primeiro conjunto é composto pelos **Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico propriamente ditos**, ou seja, instituições especificamente designadas pelo Direito Penal para o cumprimento de medidas de segurança de internação, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e as alas psiquiátricas inseridas em unidades prisionais, tradicionalmente assim tipificadas conforme a referência do Censo da População em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (Diniz, 2013).

O segundo conjunto reúne os **espaços de características prisionais e/ou asilares** que, embora não designados como ECTPs, vêm mantendo pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei nas experiências concretas observadas nos estados. Esse grupo inclui Unidades Prisionais comuns, Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas, instituições que aparecem no repertório de itinerários do segmento. O registro da presença das pessoas com deficiência psicossocial nesses estabelecimentos indica entraves e resistências ao avanço da Política Antimanicomial no Poder Judiciário, compondo um cenário de remanescentes em instituições sem estrutura nem recursos adequados para a garantia do direito à saúde, bem como indícios de **transinstitucionalização** – com a transferência de egressos dos manicômios judiciais para dispositivos cujas características asilares e violentas já foram amplamente documentadas em edições anteriores das Inspeções em Direitos Humanos do Sistema Conselhos de Psicologia.

Quadro 6 - Transinstitucionalização

A transinstitucionalização é o processo em que pessoas deixam instituições de caráter asilar - como Hospitais Psiquiátricos ou unidades de custódia - e são transferidas para outros espaços que, embora diferentes em forma, seguem reproduzindo práticas de segregação, controle e violação de direitos sob outras roupagens.

Em vez da garantia de cuidado em liberdade e da inserção em redes comunitárias, essas pessoas passam a ocupar outras instituições de características asilares, como hospitais psiquiátricos, asilos e serviços de acolhimento/internação sem estrutura adequada para promover autonomia e inclusão, como comunidades terapêuticas.

Para as pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, a transinstitucionalização pode significar também o recolhimento em outras unidades penais comuns ou alas psiquiátricas, em grave desrespeito à Lei da Reforma Psiquiátrica, ao Estatuto da Pessoa com Deficiência e à Política Antimanicomial no Poder Judiciário.

Fonte: Conselho Federal de Psicologia (2025)

O terceiro conjunto de locais compreendidos na atual inspeção é dos **serviços e equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** que compõem a rede substitutiva fundamental à política de cuidado em liberdade e à superação das práticas manicomiais. Esses serviços, visitados e descritos a partir de entrevistas com profissionais e observação direta, incluem: Hospitais gerais com leitos de saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Ao todo, foram realizadas **42 inspeções em instituições e equipamentos** em diferentes estados do país (ver Tabela 1). A tipologia utilizada para a categorização dessas visitas permite compreender a variedade de espaços que hoje compõem os itinerários de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei - tanto no que diz respeito aos dispositivos asilares e de privação de liberdade, quanto aos serviços substitutivos que operam na lógica do cuidado em liberdade.

Tabela 1 - Quantidade de Inspeções por Região e Tipo de Estabelecimento

Região	Tipo de Estabelecimento	Nº de Visitas
Norte	Ala Psiquiátrica em Unidade Prisional	2
	CAPS	4
	Clínica Especializada em Dependência Química	1
	Hospital Psiquiátrico	1
	Manicômio Judiciário	1
	Serviço Residencial Terapêutico	1
	Total Regional	10
Nordeste	Ala Prisional Comum	3
	CAPS	2
	Hospital Geral	1
	Hospital Psiquiátrico	1
	Manicômio Judiciário	6
	Serviço Residencial Terapêutico	2
	Unidade de Saúde da Família (USF)	1
	Total Regional	16
Centro-Oeste	Comunidade Terapêutica	2
	Hospital Psiquiátrico	1
	Serviço Residencial Terapêutico	1
	Total Regional	4
Sudeste	CAPS	6
	Manicômio Judiciário	4
	Total Regional	10
Sul	Manicômio Judiciário	2
	Total Regional	2
	Total Geral	42

Fonte: Conselho Federal de Psicologia (2025)

A organização regional dos dados das inspeções na Tabela 1 permite ainda identificar a distribuição dos esforços na produção de informações *in loco* ao longo das cinco grandes regiões do país, respeitando a diversidade dos contextos locais e tentando abranger como possível a extensão diversa das configurações institucionais e serviços existentes.

Do total de visitas, **13 ocorreram em Manicômios Judiciários** - os estabelecimentos formais designados para o cumprimento de medidas de segurança de internação; **3 em Alas Prisionais psiquiátricas** e **2 em Unidades Prisionais comuns**, perfazendo **18 instituições** diretamente vinculadas ao modelo de custódia penal (ver Tabela 2).

Tabela 2 - Tipos de Estabelecimentos e Quantidade de Visitas Realizadas (I)

Estabelecimentos da RAPS	Nº de Visitas
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	12
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	4
Hospital Geral	1
(USF) Unidade de Saúde da Família	1
Total	18

Fonte: Conselho Federal de Psicologia (2025)

Foram ainda visitados **3 Hospitais Psiquiátricos**, os quais permanecem, na realidade de alguns estados, como espaços de destinação de pessoas com deficiência psicossocial em medida de segurança, mesmo com o histórico consolidado de denúncias de violações e o reconhecimento da inadequação à Política Nacional de Saúde Mental. Além disso, foram visitadas **2 Comunidades Terapêuticas** e **1 Clínica Especializada em Dependência Química** (ver Tabela 3).

Tabela 3 - Tipos de Estabelecimentos e Quantidade de Visitas Realizadas (II)

Estabelecimentos Asilares	Nº de Visitas
Manicômio Judiciário	13
Ala Psiquiátrica em Unidade Prisional	3
Unidade Prisional Comum	2
Hospital Psiquiátrico	3
Comunidade Terapêutica	2
Clínica Especializada em Dependência Química	1
Total	24

Fonte: Conselho Federal de Psicologia (2025)

Em paralelo, o esforço dos Conselhos Regionais de Psicologia em mapear a rede substitutiva se expressa em **12 visitas a CAPS**, **4 a Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)**, **1 a Unidade de Saúde da Família (USF)** e **1 a Hospital Geral com leitos em saúde mental**, compondo um retrato baseado na visita a 18 dispositivos de cuidado em liberdade.

Com o objetivo de oferecer um panorama territorializado das inspeções realizadas, a tabela a seguir apresenta a listagem das instituições visitadas durante a presente edição da Inspeção Nacional, organizadas por região do país, unidade federativa (UF) e tipo de estabelecimento (ver Quadro 7).

Quadro 7 - Listagem de Instituições Visitadas por Região do País, UF e Tipos de Estabelecimentos

Região	Cidade	Instituição	Tipo
Norte	Rio Branco (AC)	Unidade Prisional Feminina (Triagem)	Ala Psiquiátrica em Unidade Prisional
	Rio Branco (AC)	Unidade Prisional Francisco de Oliveira Conde (Ala Masculina Psiquiátrica)	Ala Psiquiátrica em Unidade Prisional
	Rio Branco (AC)	Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre (HOSMAC)	Hospital Psiquiátrico
	Macapá (AP)	Centro de Custódia do Novo Horizonte	Manicômio Judiciário
	Macapá (AP)	CAPS AD Macapá	CAPS
	Macapá (AP)	CAPS Gentileza	CAPS
	Belém (PA)	CAPS I Icoaraci	CAPS
	Belém (PA)	CAPS III Grão Pará	CAPS
	Belém (PA)	SRT Casa Verde – Voo de Liberdade	Serviço Residencial Terapêutico
	Palmas (TO)	Clínica de Tratamento Luz	Clínica Especializada em Dependência Química

Região	Cidade	Instituição	Tipo
Nordeste	Maceió (AL)	Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ)	Manicômio Judiciário
	Salvador (BA)	Hospital de Custódia e Tratamento (HCT/BA)	Manicômio Judiciário
	Feira de Santana (BA)	Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELR)	Hospital Psiquiátrico
	Itapetinga (BA)	CAPS III Itapetinga	CAPS
	Itapetinga (BA)	Residência Terapêutica – Itapetinga	Serviço Residencial Terapêutico
	Salvador (BA)	Serviço Residencial Terapêutico – Ilha Amarela	Serviço Residencial Terapêutico
	Brumado (BA)	Conjunto Penal de Brumado	Ala Prisional Comum
	Eunápolis (BA)	Conjunto Penal de Eunápolis	Ala Prisional Comum
	Iuiú (BA)	USF Valdomiro Frota	Unidade de Saúde da Família (USF)
	Salvador (BA)	Presídio Salvador	Ala Prisional Comum
	João Pessoa (PB)	Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF)	Manicômio Judiciário
	João Pessoa (PB)	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III 24 horas - Caminhar	CAPS
	Sobral (CE)	CAPS Geral II de Sobral	CAPS
	Abreu e Lima (PE)	Centro de Saúde Penitenciário (CSP)	Manicômio Judiciário
	Natal (RN)	Unidade Psiquiátrica de Tratamento e Custódia (UPCT)	Manicômio Judiciário
	Aracaju (SE)	Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP)	Manicômio Judiciário
Nossa Senhora da Glória (SE)	Hospital Regional de Nossa Senhora da Glória	Hospital Geral	
Centro-Oeste	Campo Grande (MS)	Comunidade Terapêutica Nova Criatura	Comunidade Terapêutica
	Campo Grande (MS)	Comunidade Terapêutica Novo Amanhecer	Comunidade Terapêutica
	Campo Grande (MS)	Residência Terapêutica Moinhos de Vento	Serviço Residencial Terapêutico
	Cuiabá (MT)	CIAPS Adauto Botelho – Unidade I (Posto 2)	Hospital Psiquiátrico

Região	Cidade	Instituição	Tipo
Sudeste	Vitória (ES)	CAPS AD Vila Velha	CAPS
	Barbacena (MG)	Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV)	Manicômio Judiciário
	Niterói (RJ)	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo	Manicômio Judiciário
	Rio de Janeiro (RJ)	Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros	Manicômio Judiciário
	Taubaté (SP)	HCTP de Taubaté	Manicômio Judiciário
	Campinas (SP)	CAPS III Integração – Campinas/SP	CAPS
	Campinas (SP)	CAPS III Toninho	CAPS
	Jacareí (SP)	CAPS AD Jacareí	CAPS
	Santos (SP)	CAPS Orquidário	CAPS
	São Paulo (SP)	CAPS III Adulto Freguesia do Ó Brasilândia	CAPS
Sul	Pinhais (PR)	Complexo Médico Penal (CMP)	Manicômio Judiciário
	Florianópolis (SC)	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP)	Manicômio Judiciário

Fonte: Conselho Federal de Psicologia (2025)

Quadro 8 - Listagem de entrevistas realizadas com EAP-Desinst

EAP- Desinst Mato Grosso
EAP- Desinst Paraíba
EAP- Desinst Espírito Santo
EAP- Desinst São Paulo
EAP- Desinst Sergipe

Fonte: Conselho Federal de Psicologia (2025)

3.4 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL EM CONFLITO COM A LEI

Os relatórios produzidos pelos CRPs, ainda que delimitados pelas condições temporais e territoriais das inspeções realizadas, convergem ao evidenciar a situação de sujeitos historicamente silenciados pelas estruturas manicomializantes no Brasil. Os dados e narrativas neles contidos apontam para experiências de vida marcadas por violações de direitos e por lacunas persistentes no cuidado, com os ECTPs nas interfaces entre a saúde mental e a justiça criminal, indicando a permanência significativa de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei em hospitais de custódia e instituições congêneres no país.

Nas inspeções a esses estabelecimentos e levantamentos locais realizados entre janeiro e março de 2025, os CRPs identificaram um contingente de 2.053 pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei em todo o país, remanescentes em ECTPs e outras instituições de características prisionais e/ou asilares, como Alas Psiquiátricas em Unidades Prisionais, Hospitais Psiquiátricos, Unidades Penais Comuns e até em Comunidades Terapêuticas. A maioria desse segmento, 80,97%, é de homens (1.662). Nas lacunas entre as informações produzidas, o número de pessoas sem informação quanto ao gênero (252), 12,27% do segmento, supera o número de mulheres, 6,77%, identificadas junto às instituições (139), o que reflete o problema crônico de negligência no acompanhamento dessas pessoas, no acesso à informação e na possibilidade de constituição de estratégias de cuidado especificamente destinadas a mulheres institucionalizadas.

Não há informações sistematizadas sob o quesito raça/cor da população institucionalizada, considerando-se a seletividade pela qual a população negra tende a ser mais vulnerabilizada pelas dinâmicas de encarceramento, apenas os estados de Pernambuco, São Paulo e Santa Catarina tiveram em seus registros o levantamento de dados com referência à raça/cor das pessoas com deficiência psicossocial em privação de liberdade. A incipiência no trabalho sobre a formulação de dados populacionais do segmento influencia diretamente a produção de estratégias de construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e a formulação de políticas públicas de enfrentamento às iniquidades em saúde relacionadas ao processo de desinstitucionalização, indicando a necessidade de aprofundamento do conhecimento da composição demográfica do segmento pelos estados do país e o acompanhamento no tempo da incidência do racismo sobre as condições de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei.

Do contingente de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei remanescentes em instituições de características asilares, 1.327 (64,63%) encontram-se na região Sudeste do país (ver Tabela 4), indicando a necessidade de maiores esforços para a desinstitucionalização das pessoas em privação de liberdade nos ECTPs inspecionados da região.

A seguir apresentamos um breve descritivo dos principais achados sobre pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei remanescentes nos ECTPs, conforme mapeamento realizado durante as ações de levantamento e inspeção conduzidas pelo Sistema Conselhos de Psicologia pelo país.

Tabela 4 - Contingente de Pessoas com Deficiência Psicossocial em Conflito com a Lei por estado e Região

Região do País	UF	Remanescentes ECTPs e Instituições Congêneres	Masculino	Feminino
Norte	AC*	20	Sem Informação	
	AP	13	13	0
	PA	32	28	4
	RR	7	Sem Informação	
	TO	11	Sem Informação	
Nordeste	AL	52	50	2
	BA	64	61	3
	CE	4	3	1
	PB	33	33	0
	PE	77	72	5
	RN	5	0	5
	SE	10	8	2
Centro-Oeste	DF*	95	89	6
	MS	4	4	0
	MT	11	10	1
Sudeste	ES	55	49	6
	MG	190	171	19
	RJ	185	163	22
	SP*	897	834	63
Sul	PR*	214	Sem Informação	
	SC	74	74	0

Legenda: UFs marcadas com asterisco () assinalam recurso a dados dos Planos de Ação dos Tribunais Estaduais de Justiça para Implementação da Política Antimanicomial no Poder Judiciário.*

Fonte: Levantamento dos Conselhos Regionais de Psicologia (2024)

3.5 DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA POR REGIÃO

A distribuição geográfica das inspeções realizadas no âmbito da Inspeção Nacional abrangeu as cinco grandes regiões do país, com presença em 21 unidades federativas, organizadas da seguinte maneira:

- **Norte:** Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Roraima, Tocantins;
- **Nordeste:** Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Sergipe;
- **Centro-Oeste:** Mato Grosso, Mato Grosso do Sul;
- **Sudeste:** Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo;
- **Sul:** Paraná, Santa Catarina.

A seguir, apresenta-se uma síntese das informações, incluindo a identificação das instituições visitadas, o número de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, bem como dados complementares obtidos durante as inspeções, agrupados por regiões do país.

3.5.1 Região Norte

No **Acre**, o CRP 24 realizou inspeções na Unidade Prisional Feminina e na Ala Masculina Psiquiátrica da Unidade Prisional Francisco de Oliveira Conde, além do Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre (HOSMAC). Os dados do Tribunal de Justiça apontam, em novembro de 2024, 20 pessoas em alas prisionais psiquiátricas no estado.

No **Amazonas**, após a desativação do HCTP em 2016, a custódia de pessoas com medida de segurança passou a ocorrer em uma enfermaria psiquiátrica anexa ao Complexo de Detenção Provisória de Manaus, com previsão de conclusão de obras até junho de 2025. A unidade não permitiu a entrada do CRP 20. A Central Integrada de Alternativas Penais (CIAPA) acompanha 21 pessoas sem equipe multiprofissional ou suporte em saúde mental. O estado não conta com SRTs.

No **Amapá**, o CRP 10 realizou visitas ao Centro de Custódia Novo Horizonte, com 13 pessoas, e aos CAPS Gentileza e AD Macapá, todos localizados na capital. Assim como no Amazonas, não há SRTs disponíveis no estado.

No **Pará**, as inspeções do CRP 10 incluíram os CAPS I Icoaraci e CAPS III Grão Pará, além da SRT Casa Verde – Voo de Liberdade. A SRT é gerida por uma Organização Social cuja personalidade jurídica é de uma Comunidade Terapêutica em atividade no estado, uma residente da SRT é egressa de medida de segurança. Apesar da tentativa, não foi autorizada a visita ao Hospital Geral Penitenciário, onde se encontram 32 pessoas custodiadas.

Em **Roraima**, o CRP 20 reportou a existência de sete pessoas com deficiência psicossocial custodiadas na Penitenciária Agrícola Monte Cristo. Não há registro de Projeto Terapêutico Singular para esses casos. Três egressos de medidas de segurança são acompanhados por um CAPS AD III, e há menção a pessoas abrigadas em uma casa de passagem. O estado não possui SRTs nem Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst).

Em **Tocantins**, não há Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP) ativo. As medidas de segurança de internação são atualmente cumpridas em unidades prisionais, contabilizando 11 pessoas nessa situação, além de 136 em acompanhamento ambulatorial pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No âmbito judicial, segundo o Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins (TJTO), o estado encontra-se em processo de implantação de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) em Palmas e dispõe de Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas (EAP-Desinst) e de Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA) recém-criados.

No estado, o CRP 23 realizou inspeção na Clínica Luz, localizada na zona rural de Palmas, especializada em tratamento para dependência química. No momento da visita, em março de 2025, a unidade acolhia 48 internos do sexo masculino, entre eles um adolescente, e mantinha internações de caráter involuntário e compulsório. A Clínica Luz apresentava, entre seus internos, ao menos uma pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei. De natureza particular, a instituição se caracteriza por práticas institucionais que evidenciam o afastamento da articulação com a RAPS e com o território e vínculos comunitários dos internos, sugerindo indícios de transinstitucionalização de pessoas com deficiência psicossocial egressas.

3.5.2 Região Nordeste

Em **Alagoas**, o CRP 15 realizou inspeção ao Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ), identificando 52 pessoas internadas - 50 homens e 2 mulheres - em março de 2025. Além desse ECTP, há notícias da presença de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei distribuídas em outras unidades prisionais do estado. Dados do Tribunal de Justiça apontam o acompanhamento ambulatorial de 93 pessoas nessa condição. A EAP-Desinst no estado atua com composição incompleta e enfrenta dificuldades no acompanhamento das novas medidas de segurança decretadas, além de terem sido identificadas dificuldades na elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos pacientes judiciários remanescentes no manicômio judiciário inspecionado.

Na **Bahia**, o CRP 03 realizou inspeções em diferentes localidades: no Hospital de Custódia e Tratamento – HCT/BA e no Presídio Salvador, ambos na capital; no Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELRL), em Feira de Santana; no CAPS III e na Residência Terapêutica de Itapetinga;

na Unidade de Saúde da Família (USF) Valdomiro Frota, em Iuiú; além das Unidades Prisionais de Eunápolis, no Vale do Jequitinhonha, e de Brumado, no Sudoeste baiano.

Foram encontradas 64 pessoas com deficiência psicossocial no HCT/BA, onde o acesso à equipe de inspeção foi restrito. No contexto da gestão massiva de contratos terceirizados na administração das penitenciárias, as unidades prisionais inspecionadas no estado registraram a presença de pessoas em sofrimento psíquico, tanto na condição de presos provisórios quanto em cumprimento de medida de segurança, custodiadas em estabelecimentos penais comuns.

No Presídio Salvador, duas pessoas com esse perfil estavam sob custódia como detentos provisórios, em um contexto de superlotação, ausência de articulação externa com a rede de atenção e desconhecimento da Resolução CNJ n. 487/2023 por parte das psicólogas da unidade. O Conjunto Penal de Eunápolis e o de Brumado dão notícias de ao menos três homens com deficiência psicossocial custodiados em unidades prisionais sem estrutura para atenção e cuidados, com sérias denúncias de maus-tratos e negligência no cuidado.

Em paralelo ao cenário de remanescentes em ECTPs no estado, o Tribunal de Justiça da Bahia contabiliza 112 desinternações para tratamento ambulatorial, das quais 99 resultaram em retorno ao convívio familiar e 13 em inserção em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

O estado do **Ceará** não possui atualmente Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP) ativo. O Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes (IPGSG), que anteriormente concentrava essas internações, foi fechado em 1º de outubro de 2024. Desde então, com o estabelecimento da Resolução CNJ n. 487/2023, houve o fortalecimento de iniciativas de acompanhamento de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei em liberdade, com atuação do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial (CEIMPA) e da EAP-Desinst.

No estado, o CRP 11 documentou a atuação do CAPS Geral II, de Sobral (CE), um serviço público municipal de referência no cuidado em liberdade e no acompanhamento de pessoas desinstitucionalizadas do sistema prisional. Ainda assim, o estado, que foi o único até o momento a desativar o seu ECTP após a edição da Resolução do CNJ, encontra desafios no fechamento das retaguardas das instituições manicomiais. É o que se observa quanto ao recurso ao Hospital Frota Pinto, um hospital psiquiátrico público estadual, em que foram reportadas quatro pessoas egressas do antigo ECTP - três homens e uma mulher - em março de 2025.

No **Maranhão**, o CRP-22 foi impedido de realizar inspeção no Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues, em São Luís. A negativa de acesso evidencia a falta de transparência e o desrespeito às prerrogativas legais do Conselho, além de levantar preocupações quanto a possíveis violações de di-

reitos no interior da unidade. O caso reforça a importância de garantir o acesso de entidades fiscalizadoras a espaços de privação de liberdade, em conformidade com as normativas de direitos humanos.

Na **Paraíba**, o CRP 13 inspecionou a Penitenciária Psiquiátrica Forense (PPF), onde se encontravam 33 homens. Também foram acompanhadas práticas de desinstitucionalização vinculadas à atuação da EAP e ao CAPS III Caminhar, que acompanha dois egressos da PPF. De acordo com o Tribunal de Justiça do estado, há 11 pessoas no ECTP aguardando vaga em SRTs, 15 já alocadas nessas residências e uma pessoa em medida de segurança no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira.

Em **Pernambuco**, o CRP 02 visitou o Centro de Saúde Penitenciário (CSP), que substituiu desde 2021 o extinto HCTP por determinação do CNJ. Na inspeção em fevereiro de 2025, o Conselho Regional identificou 77 remanescentes - 72 homens e 5 mulheres - em cumprimento de medida de segurança. Em outubro de 2024, o Tribunal de Justiça apontava 32 pessoas nessa condição e 43 como presos provisórios. O estado registra a elaboração de 92 PTSs voltados ao acompanhamento do segmento.

No **Rio Grande do Norte**, a Unidade Psiquiátrica de Tratamento e Custódia (UPCT), localizada em Natal, foi inspecionada pelo CRP 17, onde foram encontrados cinco homens. As equipes relataram processos de redirecionamento de internos da unidade para o convívio familiar, SRTs ou para o antigo Hospital Colônia João Machado. Desde a vigência da Resolução CNJ nº 487/2023, o TJ do estado em novembro de 2024 informou a desinternação de 39 pessoas.

Em **Sergipe**, o CRP 19 realizou visitas à Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP) - onde permanecem 8 homens e 2 mulheres - e ao Hospital Regional de Nossa Senhora da Glória. Não foram encontrados dados adicionais sobre fluxo de desinstitucionalização ou articulação com a RAPS no estado.

3.5.3 Região Centro-Oeste

No **Distrito Federal**, o ECTP está localizado no interior da Penitenciária Feminina do DF, na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP). Em novembro de 2024, o TJDF informava a presença de 95 pessoas em cumprimento de medida de segurança, sendo 89 homens, 6 mulheres — entre as quais uma pessoa trans. O DF possui limitações na implementação de Residências Terapêuticas, com recém-implantação de 20 leitos de SRT para demanda por desinstitucionalização de egressos do ECTP e de outras pessoas com deficiência psicossocial em outras instituições de características asilares na capital federal.

No **Mato Grosso**, o CRP 18 inspecionou o Posto 2 da Unidade I do CIAPS Adauto Botelho, hospital psiquiátrico que, desde 2022, vem recebendo pessoas com deficiência psicossocial em confi-

to com a lei, anteriormente alocadas na Penitenciária Central do estado, indicando novos itinerários de transinstitucionalização.

Foram identificadas 11 pessoas - 10 homens e 1 mulher - internadas nesse perfil. Em um cenário de ambivalências, informações levantadas junto à EAP do estado, no segundo semestre de 2024, apontam o acompanhamento ambulatorial de 169 pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei corrente à presença de 29 outros indivíduos do segmento distribuídos por diferentes unidades do sistema penitenciário estadual.

O **Mato Grosso do Sul** não possui ECTPs, muito embora, conforme destaca a pesquisa realizada pelo Cebrap o estado possua uma das maiores taxas de internação por medida de segurança do país em relação à sua população, com pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei dispersa por pelo menos sete unidades prisionais diferentes e reporte de utilização de Comunidades Terapêuticas como locais de internações desse segmento, além da imposição de monitoramento por tornozeleira eletrônica para pessoas em tratamento ambulatorial.

Em Campo Grande, o CRP 14 realizou inspeções em duas Comunidades Terapêuticas no município: Nova Criatura e - Novo Amanhecer - essa fechada por não cumprimento de determinações feitas pela Vigilância Sanitária. Além das Comunidades Terapêuticas inspecionadas, foi realizada ainda visita à Residência Terapêutica Moinhos de Vento.

3.5.4 Região Sudeste

No **Espírito Santo**, o CRP 16 realizou visita ao CAPS AD de Vila Velha, serviço que acompanha cinco egressos da Unidade de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (UCTP) do estado. Segundo levantamento realizado em fevereiro de 2025 junto à EAP, a UCTP abriga 55 pessoas com deficiência psicossocial - 49 homens e 6 mulheres. A equipe identificou ainda 124 pessoas em acompanhamento ambulatorial com PTS desenvolvidos, sendo 117 homens e 7 mulheres.

Em **Minas Gerais**, o CRP 04 inspecionou o Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HP-JJV), localizado em Barbacena, que contava com 190 internos - 171 homens e 19 mulheres, incluindo duas mulheres trans institucionalizadas na ala masculina. O estado também possui o Centro de Apoio Médico e Pericial (CAMP) de Ribeirão das Neves, mas não foram obtidas informações atualizadas sobre seu funcionamento.

O CRP relatou dificuldades de acesso e de obtenção de dados nas unidades, comprometendo o controle e o exercício da transparência das atividades dessas instituições e prejudicando o desempenho da atuação fiscalizadora das equipes em inspeção, que, por fim, conseguiram visitar, mediante

restrições, as instalações apenas do ECTP de Barbacena. Informações de julho de 2024 em monitoramento pelo CRP do estado também indicam crescimento no número de internos no HPJJV.

No **Rio de Janeiro**, estado que mantém seus ECTPs atualmente ativos por força de decisão liminar do Ministro Flavio Dino, do STF, o CRP 05 realizou inspeções no Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros - situado no Complexo Penitenciário de Bangu - e no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo (Niterói). Foram registrados 116 internos no Roberto Medeiros (101 homens e 15 mulheres) e 69 no Henrique Roxo (62 homens e 7 mulheres). Ambos os locais apresentaram condições estruturais precárias e ausência de recursos terapêuticos efetivos.

Em **São Paulo**, o CRP 06 conduziu inspeção ao HCTP Dr. Arnaldo Amado Ferreira, em Taubaté, com registro de 322 homens institucionalizados, dos quais 80 aguardavam exames periciais e 242 cumpriam medida de segurança. Além disso, foram realizadas visitas a cinco CAPS que acompanham egressos de ECTPs. Dados de junho de 2024 indicam que o estado contava com 897 pessoas internadas nos três principais ECTPs: Franco da Rocha I (467 internos), Franco da Rocha II (186) e Taubaté (244). Esse contingente, que é o maior do país, é potencialmente subestimado pela falta de informações confiáveis acerca da presença de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei em outras unidades prisionais e Centros de Detenção Provisória, sob outras modalidades processuais de custódia no sistema.

3.5.5 Região Sul

No **Paraná**, o CRP 08 realizou inspeção, em fevereiro de 2025, ao Complexo Médico Penal (CMP), localizado em Pinhais, nas proximidades de Curitiba. A instituição é marcada por denúncias recorrentes de violações e precariedade no atendimento a pessoas com medida de segurança, mas também a outros segmentos. A grande heterogeneidade do público institucionalizado impossibilitou a obtenção de dados específicos sobre o número de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei. Ainda assim, durante a visita foram identificadas 87 pessoas em cumprimento de medida de segurança, número que havia aumentado em relação ao levantamento anterior do GMF/CNJ. Em outubro de 2024, o TJPR reportou a existência de 214 pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei no estado, sendo 122 sob medida de segurança de internação ou tratamento ambulatorial, 67 cautelar e 25 em situação provisória.

Em **Santa Catarina**, o CRP 12 realizou inspeção ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) de Florianópolis. A unidade teve determinada sua interdição parcial pela Vara de Execução Penal no estado, mas sua porta de entrada foi reaberta a pedido do Ministério Público do estado, em Mandado de Segurança acolhido por Órgão Especial do Tribunal de Justiça. Antes da interdição, o HCTP chegou a registrar 98 internos. Com a vigência das ações de desinstitucionalização, esse número caiu para 40, mas voltou a subir após a reabertura, atingindo 74 homens instituciona-

lizados no final de janeiro de 2025, identificados sob condições de privação no acompanhamento e assistência integral em saúde.

3.6 DIMENSÕES ANALÍTICAS DAS CONDIÇÕES DE ATENÇÃO E GARANTIA DE DIREITOS

3.6.1 Graves restrições de acesso das equipes de inspeção nos manicômios judiciários e às pessoas internadas

Feito o panorama das inspeções realizadas, passamos à análise das condições de atenção e de garantia de direitos observadas nas instituições visitadas. Como já mencionamos anteriormente, o acesso à informação e a transparência nas atividades e acompanhamento das instituições asilares às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei foi a primeira das inadequações percebidas pelas equipes de inspeção dos Conselhos Regionais em alguns dos estados pelo país.

A recusa ou limitação de acesso às instituições por parte das equipes dos CRPs representa um entrave direto ao controle social e à fiscalização externa, em violação aos princípios da transparência e da responsabilidade pública no cuidado de pessoas com deficiência psicossocial em privação de liberdade. Trata-se de uma barreira que impede o exercício de prerrogativas institucionais de fiscalização; deslegitima a função pública dos Conselhos e encobre violações de direitos, reforçando o aspecto fechado e cerceador dos manicômios judiciários dentre as instituições totais.

Quadro 9 - Ação fiscalizatória do Sistema Conselhos de Psicologia

A realização de ações fiscalizatórias pelos Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs) é prerrogativa legal assegurada pela **Lei nº 5.766/1971**, que institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia, atribuindo-lhes como finalidade precípua a orientação, disciplina e fiscalização do exercício profissional, em defesa da sociedade (art. 1º e art. 5º). No exercício dessa função de poder de polícia administrativa, os CRPs possuem competência para realizar **fiscalizações presenciais, documentais e diligências *in loco*, podendo ocorrer, quando necessário, sem aviso prévio.**

A possibilidade de fiscalizações sem comunicação prévia decorre da natureza jurídica dos Conselhos como autarquias públicas federais e do princípio da supremacia do interesse público, sendo prática legítima e consolidada na administração pública brasileira, especialmente em situações em que a comunicação prévia possa comprometer a eficácia da fiscalização ou a proteção de direitos das pessoas atendidas.

Fonte: Conselho Federal de Psicologia (2025)

No estado do Pará, a equipe local de inspeção foi impedida de acessar o manicômio judiciário do estado, o *Hospital Geral Penitenciário (HGP)*; no Maranhão, a equipe foi impedida de fiscalizar o *Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues*; no *Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV)*, em Barbacena (MG), a equipe foi autorizada a entrar apenas de forma monitorada e impedida de realizar entrevistas ou registros fotográficos; no *Hospital de Custódia da Bahia – HCT-BA*, a inspeção foi totalmente impedida restringindo-se apenas ao contato com uma psicóloga na área externa à instituição:

Após a apresentação da metodologia de trabalho à gestão do HPJJV, a equipe foi orientada a aguardar a chegada do representante da Diretoria de Atenção à Saúde Mental e Avaliação Pericial, vinculada à Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP). No momento da chegada desse representante, foi informado que a entrada da equipe não estava autorizada de forma oficial, uma vez que não havia sido formalizado o trâmite de solicitação para a realização da atividade, apenas uma comunicação prévia de que a visita ocorreria. Em decorrência disso, foi permitido à equipe de inspeção percorrer as dependências da instituição de forma monitorada.

[Relatório CRP 04 - HPJJV – Barbacena/MG]

A visita não foi previamente agendada ou anunciada. Somada à primeira data, foi realizada nova tentativa de visita no dia 31 de janeiro de 2025, sem agendamento prévio.

Inicialmente, houve a recusa do acesso do CRP 03 a qualquer área da instituição. Após comunicação sobre a ilegalidade do impedimento foi possível acessar apenas a sala da psicóloga que fica na área administrativa externa. Desta forma, a visita contemplou o diálogo com uma das psicólogas da instituição (plantonista presente) durante a inspeção e o acesso a esta área citada, havendo impedimento por parte da direção em acessar os demais locais e pessoas do HCT/BA.

[Relatório CRP 03 - HCT-BA – Salvador/BA]

Outra forma manifesta de obstrução da atividade de inspeção nas instituições se deu com o impedimento de circulação em alas internas ou de registro documental e fotográfico, o que reproduz uma lógica autoritária, especialmente na inviabilização do diálogo com as pessoas com deficiência psicossocial em privação de liberdade, reforçando a subalternização das pessoas custodiadas e impedindo a triangulação das informações obtidas junto à gestão da instituição e das(os) profissionais entrevistadas(os).

No *HCTP de Taubaté (SP)* e no *Hospital Penal Roberto Medeiros*, no Rio de Janeiro (RJ), o impedimento às entrevistas com os internos foi reiterado, com justificativas baseadas em suposta ausência de autorização judicial ou governamental, repetindo-se o mesmo ocorrido em Barbacena (MG), postura das autoridades governamentais que comprometeram também a realização de outras atividades fiscalizatórias:

não foi autorizada a realização de entrevistas formais com as pessoas internadas, nem a solicitação de documentos específicos. Também não foi permitido à equipe de inspeção realizar fotografias durante a visita.

[Relatório CRP 04- HPJJV – Barbacena/MG]

Ainda enquanto aguardava na recepção, a equipe foi informada de que não havia autorização para entrevistar "os presos".

[Relatório CRP 06 - HCTP Dr. Arnaldo Amado Ferreira – Taubaté/SP]

Cumprir destacar, ainda, que ao abordar um dos usuários para efetivar perguntas sobre o espaço, fomos interpelados pelo diretor da unidade alegando que não houve autorização pelo Governo do Estado para que nós falássemos com os usuários. Contudo, no breve contato que realizamos, ouvimos reclamações sobre a rotina de medicação, sobre o baixo acompanhamento jurídico dos processos e sobre a baixa frequência de visitas e demais meios de contato com o mundo fora do Hospital.

[Relatório CRP 05 - Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros – Rio de Janeiro/RJ]

3.6.2 Ausência de Projeto Técnico Institucional

O Projeto Técnico Institucional (PTI) é uma das importantes ferramentas de organização dos serviços de saúde e tem por função a orientação do estabelecimento e das condições de atuação dos segmentos profissionais nas equipes, bem como a participação dos usuários e da comunidade nas ações de cuidado desenvolvidas de modo consentâneo às especificidades do território. A inexistência de um PTI, ou seu desconhecimento pelas equipes de trabalho, indica fragilidade na proposta de cuidado em saúde mental nas instituições analisadas e sua descaracterização do cunho terapêutico.

Em diversos estabelecimentos inspecionados, foi constatado que não há diretrizes institucionais que orientem coletivamente o trabalho das equipes multiprofissionais e o fluxo de suas rotinas de cuidado e suporte aos direitos das pessoas usuárias dos serviços, o que também se reflete na construção individualizada dos projetos terapêuticos das pessoas com deficiência psicossocial em internação.

Em manicômios judiciários como o *HPJJV (MG)*, o *HCT-BA (BA)*, o *CCNH (AP)* e o *HCTP-SC(SC)*, não há diretrizes institucionais que orientem o cunho de atuação terapêutica das equipes, prevalecendo a lógica prisional. Mesmo quando o PTI existe formalmente, como no Hospital Psiquiátrico *CIAPS Adauto Botelho (MT)*, seu conteúdo é pouco conhecido pelas equipes, e sua aplicação é limitada pela falta de recursos materiais e terapêuticos. Esses achados indicam a manutenção de práticas manicomial e de encarceramento forçado, incompatíveis com a desinstitucionalização e com o cuidado em liberdade.

Na prática, isso significa o cotidiano das unidades regido pela lógica da vigilância e da contenção, típica do modelo prisional, dissociado dos princípios de reabilitação e de desinstitucionalização:

A gestão informou que o protocolo de trabalho que os policiais penais seguem é o próprio Regulamento e Normas de Procedimentos do Sistema Prisional de Minas Gerais (ReNP), não havendo normativas específicas sobre o trabalho do policial no HPJJV.

[...]

A gestão desconhece a existência de um PTI formal. [...] Muitos trabalhadores, ao serem perguntados sobre o Projeto Técnico Institucional ou sobre as normas que regulam o trabalho evidenciaram que, caso existam, não é de acesso e conhecimento ampliado. Aqueles que responderam que existe um manual com as normas, referem que nunca o acessaram, apesar de saberem que ele fica disponível.

Uma fonte queixou-se de falha na comunicação institucional. De acordo com ela, a informação sobre alta, entrada de novos internos não circula de forma sistematizada. Uma das fontes chegou a dizer que “não há um procedimento operacional padrão”.

[Relatório CRP 04 - HPJJV – Barbacena/MG]

Não foi permitido acesso, nem fornecido nenhum documento institucional.

[Relatório CRP 03 - HCT-BA – Salvador/BA]

A unidade não possui um projeto técnico institucional e nem projeto terapêutico singular para as pessoas em conflito com a lei, o único documento que a equipe de saúde mental possui são os prontuários individuais dos internos, que só quem tem acesso são os profissionais de saúde e quando solicitado o interno ou familiar do mesmo.

[Relatório CRP 10 - CCNH – Macapá/AP]

O Regimento Interno do HCTP constava da lista de documentos solicitados à Direção após a visita. Todavia, importa sinalizar, que somente foi a Portaria n. 1057/2022, a qual dispõe sobre os procedimentos operacionais de segurança e administrativos a serem adotados por policiais penais nas unidades prisionais do Estado de Santa Catarina. Disso depreende-se que o funcionamento do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, os procedimentos realizados e a conduta dos agentes públicos (policiais e profissionais) a ele vinculados são regidos pela mesma norma que as demais unidades prisionais do Estado.

[Relatório CRP 12 – HCTP-SC – Florianópolis/SC]

A unidade dispõe de um Projeto Técnico Institucional (PTI), bem como de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para cada usuário. Contudo, durante entrevistas com os profissionais, ficou evidente o desconhecimento, por parte de alguns membros da equipe, em relação às diretrizes propostas no PTI. [...]

Embora a equipe relate que, no âmbito do PTI, há efetividade nas atividades diárias, desenvolvidas tanto em grupo quanto individualmente com os usuários, também foi informado que há carência de materiais artísticos para a realização dessas atividades. Em decorrência disso, cabe à própria equipe técnica e às famílias dos usuários suprir a demanda por tais materiais. Nas atividades de psicomotricidade, a ausência de itens como bolas, cordas, jogos e brinquedos foi igualmente relatada.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

Em síntese, a ausência ou o esvaziamento de um projeto organizador das ações em saúde, com diretrizes institucionais nítidas, compartilhadas e centradas na liberdade, é um dos componentes que caracterizam o modelo manicomial.

À falta da centralidade da atenção e da promoção do cuidado das pessoas com deficiência psicossocial, os achados das inspeções revelam que os ECTPs e instituições congêneres operam frequentemente sob lógica da ausência de regras escritas ou sua restrição ao conhecimento de poucos, reforçando a arbitrariedade na condução das rotinas e favorecendo o recurso a tratamentos punitivos e injustificados, prejudicando a promoção da autonomia e o respeito à dignidade das pessoas com deficiência psicossocial sob custódia, como na arbitrária exclusão de uma das poucas atividades terapêuticas desenvolvidas na *Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF)*, em João Pessoa (PB).

A carência de fluxos e normas institucionais compromete, ainda, a responsabilização dos agentes e a padronização de condutas, favorecendo abusos e práticas discriminatórias, com destaque à preponderância do controle dos agentes penais sobre o controle das pessoas cuja reabilitação deveria ser conduzida com a participação das equipes multidisciplinares de saúde:

Há alguns anos foi elaborado um Regimento Interno para condução das ações no CPJ, no entanto, os funcionários não relataram acesso a esse documento e segundo os internos não há informações sobre regras e normas, no cotidiano é que vão aprendendo o que podem e não podem.

[Relatório CRP 15- Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ)
– Maceió/AL]

No Centro de Custódia não foi apresentado nenhum regimento interno ou norma de convivência. Fato que compromete as ações de forma coordenada, pois não há documento que oriente o fluxo adequado para o serviço, podendo colocar as pessoas privadas de liberdade à mercê das normas de cada gestão da unidade, principalmente dos policiais penais.

[Relatório CRP 10 - CCNH – Macapá/AP]

A apresentação das normas de convivência é realizada de forma oral para as pessoas privadas de liberdade. Embora tenha sido afirmado que há um documento, não tivemos acesso a ele. Há ainda, pontos de pessoalidade evidentes nessa elaboração. Como a falta de informações

específicas acerca dos cancelamentos do "banho de sol" relatadas pelas pessoas internas na instituição e também as "punições" por descumprimento de normas.

[Relatório CRP 08 - CMP – Pinhais/PR]

Para a separação dos internos por celas, a gestão informou que se baseiam no "convívio" e/ou na avaliação do risco de auto ou heteroagressão. Ainda segundo a gestão, não há divisão por tipo de transtorno mental, grau de autonomia, natureza do crime, atividade laboral na unidade ou religiosidade. No entanto, em conversa informal, alguns internos mencionaram a existência de uma cela destinada aos "faxinas", internos que realizam atividades de trabalho na unidade. Outras fontes escutadas informaram que os critérios de separação "são definidos pelos policiais".

[Relatório CRP 04 - HP]JV – Barbacena/MG]

Um relato de um usuário de 22 anos apontou que ele não pôde mais participar de um projeto voltado para a educação, pois um funcionário decidiu que ele não poderia continuar.

Dessa forma, os relatos sugerem que as decisões são tomadas pela instituição em detrimento da autonomia do usuário, limitando seu protagonismo e seu direito à escolha.

[Relatório CRP 13 - PPF – João Pessoa/PB]

3.6.3 Restrições severas de circulação das pessoas internadas

É possível verificar ainda a manutenção de intensas restrições à circulação das pessoas com deficiência psicossocial, dentro dos espaços institucionais. Em vez de ambientes voltados ao cuidado em saúde, à reabilitação e à promoção da autonomia, muitos dos estabelecimentos inspecionados operam sob lógica de contenção e vigilância permanente. Estas instituições reproduzem práticas de confinamento absoluto não apenas incompatíveis com o cuidado em liberdade como também tão degradantes, violadoras e intensas quanto as praticadas nas prisões comuns.

Na maioria das instituições visitadas, o acesso a pátios ou áreas externas ocorre de forma extremamente limitada - muitas vezes, reduzido a momentos semanais de banho de sol, sem qualquer espaço de convivência coletiva ou ambiente terapêutico estruturado. A movimentação interna, inclu-

sive para atendimentos em saúde, costuma depender da escolta de policiais penais, e há casos em que as pessoas permanecem todo o dia trancadas em celas, com comunicação mediada por bilhetes e sem contato direto com as equipes técnicas.

No *Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV)*, em Barbacena (MG), os internos permanecem reclusos e sua circulação depende exclusivamente da liberação por parte de agentes de segurança, dos quais as pessoas em internação dependem para o acesso à equipe técnica de saúde. Situação semelhante foi encontrada na *Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP)*, em Aracaju (SE), onde o banho de sol é limitado a uma única manhã por semana. No *Centro de Custódia Novo Horizonte (AP)*, na *Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PPF)*, e, no *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP-SC)*, foram também constatados níveis de enclausuramento físico que configuram verdadeiros regimes de isolamento, totalmente não conformes às disposições para a primazia do cuidado em liberdade vigente:

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição diz que] Permanecem no pavilhão, saindo apenas quando estão trabalhando. Há uma média de 15 (quinze) pessoas por pavilhão.

[Relatório CRP 02- Centro de Saúde Penitenciário (CSP) – Abreu e Lima/PE]

A equipe informou que são 11 pátios externos, os quais as pessoas presas têm acesso apenas para o banho de sol e para receber visitas.

No período em que estivemos na unidade, não vimos nenhuma movimentação em pátios externos.

[...]

Segundo os trabalhadores, as pessoas internadas não podem circular livremente pela instituição, permanecendo trancadas nas celas durante todo o dia e saindo apenas quando retiradas pelos policiais, que são os únicos autorizados a conduzi-las. Como a equipe técnica assistencial de nível superior não circula pelas alas, as demandas chegam por meio de repasses da equipe de enfermagem ou de auxiliares bucais, sendo os bilhetes entregues pelos próprios internos a principal forma de comunicação. Para atendimentos em consultório ou assistência jurídica, os internos são retirados das celas e escoltados até o local de atendimento.

[Relatório CRP 04- HPJJV – Barbacena/MG]

Referente às celas, ficam abertas durante o dia, dando acesso apenas ao corredor, pois até mesmo as refeições são feitas de modo isolado, nas celas individuais, e permanecem fechadas por grade e tranca no período noturno

[Relatório CRP 06- HCTP “Dr. Arnaldo Amado Ferreira” – Taubaté/SP]

A circulação dos internos não ocorre de forma livre pela unidade, visto a quantidade de grades, os muros altos e a vigilância dos policiais penais, que seguem as normas do Instituto Penitenciário do Amapá – IAPEN.

[...]

A localização da unidade é em um bairro afastado do centro urbano da cidade de Macapá, as pessoas detentas não têm liberdade para locomoção, o ambiente é gradeado e cercado por altos muros, além de ter a vigilância 24h da equipe de policiais penais.

[Relatório CRP 10- Centro de Custódia Novo Horizonte (CCNH) – Macapá/AP]

Eles [internos] permanecem em seus quartos até o momento em que são autorizados a sair, alternadamente, um dia no período da manhã e outro à tarde.

[Relatório CRP 12- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP) – Florianópolis/SC]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição, sobre o momento de ingresso no manicômio judiciário] respondeu que não foi muito bom, ficou isolado, tinha barata, rato, rá, ficou pelado na sala. Ficou sete dias no isolamento. No isolamento ele recebia somente comida e medicamento.

[Relatório CRP 13- Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) – João Pessoa/PB]

A ala masculina é subdividida em duas partes, onde uma delas é destinada somente às pessoas com deficiência (PCD) psicossocial com transtornos mentais por abuso de substâncias. Estas especificamente não têm acesso ao pátio coletivo dos internos em razão desse uso abusivo, conforme relato de uma das profissionais.

[Relatório CRP 15- Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ)
– Maceió/AL]

A área de circulação está entre as celas, é uma estrutura cimentada, utilizada para banho de sol que acontece apenas algumas horas de um turno semanal (segundas pela manhã). Não há qualquer espaço de convivência, tornando a permanência bastante difícil no que diz respeito à integridade física e emocional de todos, sejam os internos ou mesmo trabalhadores.

[Relatório CRP 19- Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP) – Aracaju/SE]

Em alas psiquiátricas no interior de presídios, como na Unidade Francisco de Oliveira Conde (FOC), no Acre, o acesso a áreas externas depende da autorização da equipe de segurança, contrariando frontalmente o direito à convivência e ao exercício ao ar livre. Já em instituições como o CIAPS Adauto Botelho (MT), classificadas como hospitais psiquiátricos, persistem portas trancadas por cadeados, separações por grades e ausência de circulação livre. Estas práticas evidenciam a discriminação no tratamento de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, restringindo a convivência com outras pessoas em internação e com a comunidade, pelo simples estigma da periculosidade atribuído às pessoas em cumprimento de medidas de segurança:

A ala destinada aos 10 leitos masculinos (Posto 2), para pessoas em cumprimento de medida de segurança, está limitada a um corredor com salas de atendimento e posto de enfermagem, com duas enfermarias separadas por uma grade, que é frequentemente trancada, sendo aberta apenas para atividades fora do leito. Essa ala é separada das demais enfermarias da unidade.

[...]

[Pessoas em internação na instituição inspecionada] Relataram que os quartos permanecem trancados com cadeados e grades. Em algumas ocasiões, têm acesso ao pátio junto com pessoas de outras internações, embora geralmente não haja interação entre eles [...].

Ressaltaram [...] que não têm acesso livre aos espaços da unidade.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

Apesar da existência de um pátio externo destinado à convivência e atividades físicas, o acesso a esse espaço é restrito, ficando condicionado à liberação da equipe de segurança, o que restringe o direito à movimentação e ao exercício ao ar livre, assegurado pela Regra 23 das Regras de Mandela. Essa restrição, somada ao confinamento prolongado em celas superlotadas e insalubres, agrava o sofrimento psíquico e reforça o caráter punitivo da custódia.

[Relatório CRP 24 - Unidade Prisional Masculina Francisco de Oliveira Conde (FOC) – Rio Branco/AC]

3.6.4 Rotinas e características institucionais e prisionais

As rotinas institucionais observadas nas inspeções a manicômios judiciários e instituições congêneres seguem operando sob uma lógica institucional de confinamento. Grades, corredores fechados ou a presença ostensiva de policiais penais conformam um modelo incompatível com os marcos legais de garantia de direitos e cuidado em liberdade das pessoas com deficiência.

Notamos isso mesmo em instituições que passaram por reformas recentes, como o *CIAPS Adauto Botelho (MT)*, nas quais melhorias de estrutura não alteraram a persistência das práticas manicomial, com isolamento em alas específicas e manutenção de grades internas. Já nas alas psiquiátricas de unidades prisionais do Acre, a *Unidade Prisional Feminina* e a *Unidade Prisional Masculina Francisco de Oliveira Conde (FOC)*, a ausência de visitas e a precariedade estrutural intensificam o sofrimento psíquico e inviabilizam qualquer perspectiva de reabilitação social. Em comunidades terapêuticas, como na *Clínica de Tratamento “Luz”*, em Palmas (TO), a distância geográfica dos centros urbanos e o difícil acesso à rede de saúde e assistência sinalizam as características asilares da instituição e, com ela, as barreiras ao cuidado e à cidadania das pessoas com deficiência psicossocial com problemas relacionados ao uso de substâncias e desinstitucionalizadas dos equipamentos de cumprimento de medida de segurança.

A repetição dessas características em diferentes tipos de estabelecimentos - hospitais psiquiátricos, unidades prisionais, comunidades terapêuticas - demonstra o predomínio de estratégias segregatórias para as pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei nessas instituições, tal como exaustivamente documentado em edições anteriores das Inspeções Nacionais em Direitos Humanos do Sistema Conselhos de Psicologia. Mesmo quando ocorrem tentativas esporádicas de

ações externas, como visitas a espaços públicos, tais atividades ocorrem sob escolta policial, como no caso do *Centro de Custódia Novo Horizonte (CCNH)*, em Macapá (AP). Essas experiências não caracterizam práticas contínuas de cuidado em liberdade e assinalam lógicas de estigmatização e de vigilância características da custódia prisional, reforçando o controle e a disciplinarização dos corpos em detrimento da autonomia, da liberdade e da construção de vínculos que caracterizam as diretrizes do trabalho de reabilitação psicossocial da Política Nacional de Saúde Mental:

Identificou-se medidas terapêuticas a fim de proporcionar a socialização dessas pessoas com a sociedade. São atividades externas de visitas a locais públicos, como cinema e pontos turísticos da cidade, a frequência desta atividade é mensal segundo o relato da equipe, que também mencionou a dificuldade para a execução dessa atividade, pois precisam ir acompanhados dos policiais penais.

[Relatório CRP 10- Centro de Custódia Novo Horizonte (CCNH) – Macapá/AP]

Embora se espere que a conclusão das reformas traga maior dignidade e conforto aos pacientes, o modelo manicomial de cuidado, que desrespeita a política de saúde mental antimanicomial e os direitos humanos, conforme a Lei 10.216/2001 e outras normativas do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), ainda persiste na condução do atendimento. Este modelo reflete o histórico de negligência do Estado, que investe em serviços de internação em vez de fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os serviços abertos e comunitários [...].

A unidade ainda mantém um perfil manicomial, uma vez que as pessoas em medida de segurança se encontram em espaços com grades nos corredores.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

A falta de visitas e comunicação nas unidades prisionais, somada às condições estruturais precárias e ao isolamento forçado, impacta diretamente a saúde mental e o processo de reintegração social das pessoas inimputáveis privadas de liberdade.

[Relatório CRP 24 - Unidade Prisional Feminina e Unidade Prisional masculina Francisco de Oliveira Conde (FOC) – Rio Branco/AC]

A relação com a segurança do presídio (fator externo) pode interferir na construção do vínculo, desde que a presença dos seguranças faz parte da rotina nesta modalidade de instituição [...]

Sobre as dificuldades sinalizadas no trabalho, pontuaram o diálogo entre os campos da segurança (que busca punir e vigiar) e da assistência (que busca cuidar) que trazem prejuízos ao trabalho da Psicologia, sinalizando que, nesta dinâmica, quem sofre são os internos.

[Relatório CRP 03 - Presídio Salvador – Salvador/BA]

A localização é distante da cidade de Palmas, em média 11 quilômetros e aos arredores há somente algumas casas, mas não é nada perto da clínica. O transporte público (ônibus passa na BR, que fica a 4 quilômetros de distância).

[Relatório CRP 23 - Clínica de Tratamento “Luz” – Palmas/TO]

3.6.5 Irregularidade de ingressos e permanência prolongada nos manicômios judiciários

As inspeções encontraram a persistência de uma das mais graves facetas da violação sistemática de direitos nos manicômios judiciários: a permanência simultânea de fluxos de **ingressos indevidos** e de **retenção arbitrária de pessoas com determinação judicial de soltura ou que já cumpriram o tempo máximo de medida**. Essas duas práticas, que operam de forma convergente, revelam o descumprimento reiterado dos princípios da política antimanicomial do Poder Judiciário estabelecido na Resolução CNJ n. 487/2023.

Em alguns ECTPs, constatamos o recebimento de novos internos para cumprimento de medida de segurança ou realização de exame pericial, mesmo após a determinação formal de fechamento da porta de entrada — como no caso do *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP/SC)*, que voltou a receber pessoas poucos meses após a decisão de interdição parcial por determinação judicial, tal como ocorrido nos estados do Rio de Janeiro e, mais recentemente, no Rio Grande do Sul. Situação semelhante foi registrada no *Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV/MG)*, que contabilizou 14 novos ingressos apenas no mês anterior à inspeção, e no *Complexo Médico Penal do Paraná*, onde também foi identificado o aumento no número de ingressos, a despeito de sua interdição parcial conforme o art.18 da Resolução CNJ 487/2023:

Foi informado que, antes do fechamento [interdição parcial por fechamento da porta de entrada da instituição, conforme Resolução CNJ 487/2023], havia 98 internos; após a decisão pelo fechamento do espaço, houve um esforço para dar encaminhamentos e alta, restando cerca de 40 internos (5 meses de “fechamento”). Após a decisão pela reabertura, o HCTP voltou a receber pessoas, e atualmente conta com 74 internos, sendo 2 de alta.

[Relatório CRP 12 – HCTP-SC – Florianópolis/SC]

A gestão informou que no último mês houve cerca de 14 novas internações, sendo 11 de medida de segurança e 3 para exame pericial.

[Relatório CRP 04 - HP]JV – Barbacena/MG]

Realizada no dia 07 de fevereiro de 2025, foi relatado que haviam 447 pessoas privadas de liberdade, incluindo 80 sob medida de segurança, 35 custodiados cautelares e 156 idosos. Já, no momento da visita de inspeção realizada pelo CRP PR e OAB Paraná 13 dias depois, os números eram de 445 pessoas custodiadas, sendo 160 idosos e 87 em medida de segurança.

[Relatório CRP 08 - CMP – Pinhais/PR]

Paralelamente, as mesmas instituições abrigam pessoas com alvarás de soltura expedidos, com pena já extinta ou sem qualquer fundamento clínico-jurídico para permanecerem institucionalizadas. Em estados como Pernambuco, Amapá, São Paulo e Minas Gerais, os relatos indicam a urgência de investimento em políticas públicas de desinstitucionalização para as alternativas de cuidado em liberdade, como residências terapêuticas, equipes de referência e projetos individualizados. Em um dos casos, a manutenção indefinida e ilegal transformou uma das pessoas internadas em “funcionário informal” da instituição, marcando uma prática de institucionalização perpétua e despersonalizante ligada à exploração indevida do trabalho da pessoa no curso do cumprimento da medida de segurança:

Há 23 pessoas com alvará de soltura aguardando a construção de um PTS que possibilite o tratamento no território,

[Relatório CRP 04 - HP]JV – Barbacena/MG]

Ao ser questionada sobre a situação [de] [...] um dos internos, que está na instituição há aproximadamente 30 anos, a direção informou que o IMESC irá proceder com uma avaliação para pensar no fluxo para a desinstitucionalização dele. Cabe ressaltar que, não apenas a direção, mas outras pessoas da equipe técnica se referem a ele como morador do HCTP e não como interno, tratando-o como mais um funcionário já que ele responde pela biblioteca do HCTP há alguns anos.

O motivo do questionamento específico sobre esta pessoa se refere ao cumprimento da pena máxima estabelecida pela Justiça Brasileira, já ultrapassada por este senhor e ao fato do CRP SP já ter realizado fiscalização conjunta com a Defensoria Pública de São Paulo, para compreender a situação desta pessoa, considerando não existir no Brasil a pena de prisão perpétua.

[Relatório CRP 06 - HCTP Dr. Arnaldo Amado Ferreira – Taubaté/SP]

Existem pessoas apenadas que cumpriram suas penas, mas ainda permanecem em cárcere, pois o governo do estado não tem o serviço de Residência Terapêutica, a família não deseja acolher novamente e não existem locais para serem encaminhados.

[...]

A instituição não contempla nenhum projeto de desinstitucionalização e inserção social, tanto que todos os internos já estão há mais de um ano no local, a maioria já está há um longo período de tempo, o mais antigo já se encontra no local há 22 anos, muitos deles já cumpriram a sua pena, fato que levou inicialmente a privação de liberdade, mas por não existir um projeto de reinserção social ou rede de encaminhamento no estado, como Residências Terapêuticas, os mesmo permanecem na instituição, mesmo contra a sua vontade.

[Relatório CRP 10 - CCNH – Macapá/AP]

Importante destacar, que dos 77 (setenta e sete) pacientes judiciários, 25 (vinte e cinco) já possuem alvará de soltura.

[Relatório CRP 02 - CSP Abreu e Lima/PE]

A permanência ilegal dessas pessoas agride frontalmente o controle judicial sobre as penas e medida de segurança constitucionalmente previstos (CF, art. 5º, XLVII, LXV, LXVIII), bem como os direitos garantidos pela Lei 10.216/2001 e pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência. Ao mesmo tempo, o ingresso de novos casos demonstra a persistência dos manicômios judiciais como recurso indevido do sistema de justiça no trato das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, a despeito da Política Antimanicomial no Poder Judiciário.

Essas irregularidades reafirmam o **caráter estrutural da violação de direitos** nos manicômios judiciais e outras instituições congêneres, exigindo resposta urgente do sistema de justiça, do Executivo e dos órgãos de controle. Revela-se imperioso o fim dos novos ingressos, a desinstitucionalização imediata das pessoas em situação de permanência ilegal e o redirecionamento de recursos orçamentários para dispositivos substitutivos e qualificação de estratégias de cuidado comunitário e individualizado em liberdade.

3.6.6 Instalações e acessibilidade

3.6.6.1 Infraestrutura

As condições estruturais das instituições inspecionadas evidenciam um padrão alarmante de precariedade, com ambientes degradados, insalubres e inseguros para a permanência de pessoas. Em hospitais de custódia, alas psiquiátricas prisionais e comunidades terapêuticas, foram encontradas estruturas com risco de desabamento, ausência de ventilação e iluminação, mofo, goteiras e infiltrações dentre outros fatores críticos que configuram um ambiente adverso à dignidade e ao cuidado das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Além da precariedade, há a já citada predominância nas unidades de características arquitetônicas tipicamente prisionais - caso da *Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP)*, em Aracaju (SE) - como corredores gradeados, trancas em todas as passagens, uso excessivo de cadeados e celas fechadas, mesmo nos setores em que a gestão institucional implementou reformas prediais. O caso do *HCTP de Taubaté (SP)* é exemplar nesse aspecto: mesmo após as reformas, permanece uma estrutura marcada pela segregação e pelo isolamento, contrariando os princípios da reabilitação psicossocial. Já no *Hospital Penal Roberto Medeiros*, no Rio de Janeiro (RJ), um dos ECTPs mantidos em atividade por determinação judicial contrária à Política Antimanicomial no Poder Judiciário, parte da edificação foi transformada em depósito de entulho, com risco iminente de colapso da estrutura física, conforme registrado pelo Ministério Público:

As duas alas de isolamento (Setor de Observação Individual - SOI) possuem menos ventilação e tem um cheiro mais forte característico de ambiente prisional, o que corresponde a uma situação de maior lotação, de circulação das pessoas e de manutenção da higiene como

os demais espaços (agrava-se a isso a falta de controle de descarga e do acesso à água pelos próprios internos).

[Relatório CRP 04- HPJJV – Barbacena/MG]

A estrutura predial que hoje abriga o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Taubaté é centenária e já atendeu a outras funções de caráter penitenciário. Mesmo as áreas recentemente reformadas - inclusive, após a publicação da Resolução CNJ n 487/20233, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança - seguem a arquitetura prisional, com características opressivas de aspecto frio, rígido, propiciando o isolamento e a segregação, desincentivando a convivência, a socialização e impossibilitando a reabilitação psicossocial da pessoa internada.

[...]

Cabe ressaltar que, mesmo a área recém-reformada é caracterizada por um excesso de grades, cercas, trancas e cadeados, que separam os espaços, havendo controladores de acesso em todas as passagens de um espaço para outro. Sendo assim, esta forma de organizar o espaço indica a continuidade da lógica prisional e manicomial.

[Relatório CRP 06 - HCTP Dr. Arnaldo Amado Ferreira – Taubaté/SP]

A infraestrutura da unidade apresenta uma acentuada e avançada deterioração do espaço físico, com riscos reais de desabamento. Hoje o Hospital de Custódia funciona em uma edificação com três andares e boa parte das instalações está desocupada e desativada. O terceiro andar, completamente desocupado, está com todo o telhado comprometido, sustentado por vigas de ferro temporárias e com vários pontos de alagamento. As imagens [...] mostram que o espaço é, ainda, uma espécie de depósito de entulhos, com vários ambientes em processo de demolição - é comum a prática de retirar partes da estrutura para usar em outros locais, então há muitas acomodações sem portas, que foram removidas para uso em outro local, por exemplo.

[Relatório CRP 05 - Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros – Rio de Janeiro/RJ]

A organização arquitetônica se assemelha aos moldes prisionais convencionais. Além disso, por não ter uma organização em formato hospitalar ou mesmo asilar, a maioria das pessoas são colocadas em celas.

[Relatório CRP 19 - UCP – Aracaju/SE]

A instalação encontra-se em condições insalubres, pouca ventilação e fortes odores das necessidades fisiológicas humanas.

[Relatório CRP 10 - CCNH – Macapá/AP]

Em hospitais psiquiátricos como o *CIAPS Adauto Botelho (MT)*, as reformas se arrastam há mais de quatro anos, agravando as condições de confinamento dos usuários, com tapumes, superlotação e deterioração de espaços comuns. Já nas alas psiquiátricas prisionais no Acre, foram relatadas celas com bases de concreto sem proteção higiênica, alagamentos recorrentes e ventilação obstruída, tornando, para dizer o mínimo, o ambiente insalubre e propício à proliferação de doenças. Em uma das comunidades terapêuticas inspecionadas em Mato Grosso do Sul, a *Comunidade Terapêutica “Novo Amanhecer”*, foi identificada uma infraestrutura crítica, com teto vazado, paredes com fungos e instalações elétricas com risco de curto-circuito:

Desde 2020, o CIAPS tem passado por um processo de reforma, com prioridade para a fachada e a ala administrativa. No entanto, os pacientes que já enfrentavam condições insalubres, com ambientes sem ventilação, longos corredores, grades e pouca luz natural, hoje se encontram em condições ainda mais precárias, com espaços restritos e confinados por tapumes, aguardando a conclusão das obras.

[...]

A reforma, que já dura mais de quatro anos, tem restringido os espaços ocupados pelas enfermarias e salas de atividades, enquanto a maioria dos locais de descanso dos internos permanece sem reforma.

[...]

A estrutura destinada aos internos é inadequada, com locais de repouso em celas abertas, porém gradeadas, e um número elevado de internos no mesmo espaço.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

Na Unidade Prisional Feminina, as mulheres com deficiência psicossocial inimputáveis [...] são mantidas em celas individualizadas localizadas no setor de triagem [...].

As celas individualizadas do setor de triagem são estruturalmente inadequadas, configurando ambiente de contenção e segregação incompatível com o caráter terapêutico que deve nortear o cumprimento das medidas de segurança. Cada cela dispõe de uma base de concreto elevado para acomodação de um colchão, que é disponibilizado sem lençóis, fronhas ou qualquer proteção higiênica adequada.

[...] A ventilação é extremamente precária, garantida por pequenas aberturas gradeadas (bigornas), frequentemente obstruídas por sujeira e resíduos acumulados, impedindo a circulação adequada de ar e comprometendo a renovação ambiental.

[...] Outro fator crítico identificado na unidade feminina é o sistema de abastecimento de água, que, quando há falhas ou excessos de pressão, provoca alagamento das celas, especialmente no setor de triagem. Esse alagamento atinge áreas de descanso e sanitárias, comprometendo colchões, roupas e pertences pessoais, e favorecendo a proliferação de mofo, vetores e doenças de veiculação hídrica.

[Relatório CRP 24 - UPF – Rio Branco/AC]

As celas masculinas apresentam grave deterioração estrutural, com paredes e pisos onde cerâmicas estão soltas, quebradas ou ausentes, expondo o concreto poroso, que acumula sujeira, umidade e resíduos biológicos, favorecendo a disseminação de doenças e agravando o quadro de vulnerabilidade das pessoas custodiadas. Além disso, a ventilação é inadequada, sendo garantida por pequenas aberturas insuficientes para assegurar circulação de ar adequada em celas superlotadas.

[Relatório CRP 24 - UPMFOC – Rio Branco/AC]

Os leitos apresentavam péssimas condições de uso, [...] o espaço físico possui infraestrutura inadequada, oferecendo risco aos seus usuários. A rede elétrica do centro apresenta risco de curto-circuito, com fiação exposta em várias áreas. A pintura das paredes está danificada, com fungos visíveis em vários cômodos. A ventilação em todos os espaços das áreas de convivência dos residentes é inadequada, sem circulação de ar suficiente se tornando muito calor e abafado.

[...] O local apresenta uma estrutura com teto vazado, o que compromete tanto a privacidade quanto a segurança dos espaços. A ausência de vedação completa nos tetos pode facilitar a entrada de sujeira, poeira e até mesmo de animais, além de impactar a climatização e a proteção contra intempéries. Esse problema não se restringe apenas aos banheiros, mas também a outras áreas do local, como os quartos e a cozinha. Além disso, em dias de chuva, a falta de vedação adequada pode resultar em goteiras e infiltrações, tornando os ambientes ainda mais insalubres e dificultando sua utilização.

[Relatório CRP 14 - Comunidade Terapêutica “Novo Amanhecer” – Campo Grande/MS]

3.6.6.2 Superlotação

Observada em alas psiquiátricas e em particular nas unidades prisionais comuns onde também se encontram pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, essa condição compromete qualquer possibilidade de cuidado adequado, ao mesmo tempo em que agrava o sofrimento mental e coloca em risco a integridade física e emocional das pessoas custodiadas.

Nas unidades inspecionadas, foram identificadas celas coletivas superdimensionadas, com número de internos superior ao que os espaços comportam. Na *Unidade Prisional Masculina Francisco de Oliveira Conde (FOC)*, no Acre, as celas destinadas às pessoas com transtorno mental foram projetadas para quatro ocupantes, mas frequentemente abrigam cinco ou seis, configurando um quadro sistemático de superlotação. Já na Bahia, o *Presídio Salvador* e o *Conjunto Penal de Brumado* apresentaram números ainda maiores: a primeira unidade operava com 291 internos para 236 vagas, e a segunda com 638 internos para 450 vagas - excedente que ultrapassa em quase 200 o número oficial permitido.

Na Unidade Prisional Masculina Francisco de Oliveira Conde (FOC), foi inspecionada a ala psiquiátrica, única ala oficialmente designada para custódia de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei no sistema penitenciário do Acre. Essa ala é composta por oito celas coletivas, projetadas para quatro pessoas cada, porém frequentemente abrigando

cinco ou seis internos, configurando superlotação crônica e incompatível com a garantia de condições dignas de habitabilidade.

[Relatório CRP 24 - UPMFOC – Rio Branco/AC]

Sua capacidade é de 236 internos, mas havia 291 no dia da visita.

[Relatório CRP 03 - Presídio Salvador – Salvador/BA]

O Conjunto Penal de Brumado é uma instituição de privação de liberdade masculina com capacidade para 450 internos, e atualmente possui cerca de 638 internos.

[Relatório CRP 03 - Conjunto Penal de Brumado – Brumado/BA]

3.6.6.3 Ausência de acessibilidade

A inspeção das instituições revelou a ausência sistemática de acessibilidade arquitetônica e comunicacional, contrariando frontalmente os dispositivos legais que garantem o direito de todas as pessoas ao acesso pleno aos espaços e serviços públicos, em especial às pessoas com deficiência. Rampas, corrimãos, barras de apoio, sinalização tátil, sonorização e mobiliário adaptado foram elementos raramente encontrados, mesmo em instituições que passaram por reformas recentes.

Os manicômios judiciários de Barbacena (MG) e do Rio de Janeiro (RJ) não incluíram adequações para garantir acessibilidade às pessoas com deficiência ou idosas nas reformas realizadas sobre a estrutura. Em casos como o da *Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PPF)* e do *Complexo Médico Penal do Paraná (CMP)*, identificamos ausência de adaptações básicas em alas onde estão custodiadas pessoas com deficiência. Nas unidades do Acre e do Amapá, constatamos a inexistência de qualquer estrutura para pessoas com mobilidade reduzida, com destaque para bases de concreto sem barras de apoio e espaços com risco de queda e alagamento, em particular em banheiros e pátios.

As inspeções constataram ainda dificuldade de circulação interna mesmo para visitantes e profissionais, degraus sem sinalização, corredores estreitos, falta de elevadores e inexistência de piso tátil ou sinalização em Braille, conforme reportado no *Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho*

Suruagy (CPJ), em Maceió (AL). A falta de acessibilidade não parece pontual, mas caracteriza uma manifestação capacitista estruturante das múltiplas barreiras impostas pelas instituições à autonomia e às demandas específicas de acesso experienciadas pelas pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei em suas especificidades:

Deve-se destacar que o prédio apresenta muitas escadas e degraus que dificultam a mobilidade, sendo necessário em vários momentos os profissionais que estavam nos acompanhando alertar sobre o cuidado com algum degrau durante o percurso. Uma das pessoas escutadas comentou: “Isso aqui foi construído para não ter isso, né? Acessibilidade...”.

Trabalhadores enfatizam a reforma recente das instalações do HPJJV ainda que estas não tenham compreendido atualizações para atender ao público com deficiência ou idoso.

[Relatório CRP 04 - HPJJV – Barbacena/MG]

Em análise breve sobre a estrutura de acessibilidade, em que pese que a unidade conta com rampas, não existe uma estrutura real de acessibilidade. Elementos fundamentais de adaptação arquitetônica como piso tátil, portas e corredores com espaço suficiente para pessoas que utilizam cadeiras de rodas, sinalizações em Braille ou elevadores não existem na unidade. Há em vários espaços pequenos degraus que podem significar barreiras para pessoas com questões de mobilidade reduzida ou até mesmo cadeirantes. Não foi observado mobiliário adaptado também.

[Relatório CRP 05 - Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros – Rio de Janeiro/RJ]

Em relação à acessibilidade, não há estrutura adequada para pessoas com deficiência, salvo uma rampa de acesso dentro da instituição.

[Relatório CRP 13 - PPF – João Pessoa/PB]

Não se percebeu aspectos básicos de acessibilidade como rampas de acesso, piso tátil, sonorização, barras, corrimões e qualquer outro tipo de estrutura arquitetônica que indicasse

um ambiente acessível. Inclusive, a altura do pátio era mais alta do que o espaço de acesso aos quartos, podendo fazer com que uma pessoa desavisada caísse ao entrar.

[Relatório CRP 15 - Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ)
– Maceió/AL]

Não há acessibilidade para pessoas com deficiências físicas; a estrutura de modo geral está bem defasada, deteriorada pelo tempo e pela falta de manutenção.

[Relatório CRP 10 - CCNH – Macapá/AP]

Havia sido observada estrutura com acessibilidade insuficiente (inclusive na galeria onde estava as pessoas com deficiência), com ausência de barra de segurança para apoio e mobilidade das pessoas com deficiência.

[Relatório CRP 08 - CMP – Pinhais/PR]

A acessibilidade dos usuários do serviço encontra-se prejudicada por não haver rampas, barras, corrimões ou outras adaptações, de modo mais acentuado nos banheiros.

[Relatório CRP 02 - CSP – Abreu e Lima/PE]

Acessibilidade: parcial, uma vez que apenas algumas unidades possuem rampas, barras e corrimões. Banheiros e demais espaços não se encontram plenamente adaptados para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

Foi possível constatar que o local não dispõe de infraestrutura física para garantir acessibilidade, visto que o meio de acessar andares acima do térreo é através de escadas, não havendo nem rampas e nem elevadores.

[Relatório CRP 03 - Presídio Salvador – Salvador/BA]

3.6.6.4 Controle sanitário e licenças de segurança para funcionamento

A ausência de licenciamento sanitário e de dispositivos de segurança foi outra das irregularidades identificadas em instituições inspecionadas, representando uma violação direta ao direito à saúde e à integridade física das pessoas com deficiência psicossocial sob custódia nos manicômios judiciários e outros espaços congêneres. Os achados indicam falhas que comprometem o funcionamento legal e seguro de estabelecimentos que, embora sejam autodefinidos como unidades de saúde, operam à margem dos critérios mínimos exigidos por lei.

Foram encontrados cilindros de oxigênio e extintores com validade vencida, ausência de alarme de incêndio, inexistência de alvará do Corpo de Bombeiros e da Vigilância Sanitária — como nos casos do *HPJJV (MG)* e do *CIAPS (MT)*. Em algumas unidades, como o *Centro de Saúde Penitenciário (CSP)*, em Pernambuco, relatou-se a ocorrência de infestações por ratos, baratas e escorpiões, além de registros de casos de leptospirose e falhas estruturais como alagamentos recorrentes e inexistência de extintores em áreas visíveis. Na *Penitenciária de Psiquiatria Forense (PB)*, as pessoas em internação relataram convívio com pragas, isolamento em ambientes insalubres e fornecimento inadequado de alimentação e água potável:

Em uma das salas de observação havia três cilindros de oxigênio de tamanhos diferentes, todos eles com data de validade vencida (desde 2023), assim como um extintor de incêndio com data de validade vencida (há 5 meses).

[...] Após a reforma concluída em março de 2024, o HPJJV aguarda a aprovação da licença de funcionamento da Vigilância Sanitária. Foram vistos poucos extintores distribuídos pelo espaço do HPJJV, os identificados não estavam com lacre, com a validade e manutenção válidas ou devidamente registradas. Não há alarme de incêndio e nem alvará do Corpo de Bombeiros.

[...]

Não há consenso entre os trabalhadores acerca de como é disponibilizada água potável para as pessoas internadas. [...] Durante a visita monitorada, constatamos que, de fato, eles

existem. Porém, o acesso não é livre para as pessoas presas. A equipe de inspeção observou equipamentos sem identificação de troca de filtro.

[Relatório CRP 04 - HP]JV – Barbacena/MG]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição, sobre o momento de ingresso no manicômio judiciário] respondeu que não foi muito bom, ficou isolado, tinha barata, rato, rã, ficou pelado na sala. Ficou sete dias no isolamento. No isolamento ele recebia somente comida e medicamento.

[Relatório CRP 13 - PPF – João Pessoa/PB]

Não há extintores na cozinha, e em nenhum outro local visível. Ficam na sala de segurança.

[...]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição] Refere que a instituição não deveria existir, quando chegou na instituição as condições eram insalubres com presença de rato, escorpião e barata. Os pavilhões alagam em período de chuva.

[...]

Já houve infestações de ratos e casos de leptospirose na unidade.

[Relatório CRP 02 - CSP – Abreu e Lima/PE]

Durante a visita, foram observadas e solicitadas a documentação pertinente, como a ausência de Alvará Sanitário e Alvará do Corpo de Bombeiros. Embora a unidade tenha um serviço contratado para dedetização e desratização, e tenha apresentado um certificado de controle de pragas, foram notadas condições de higiene precárias, principalmente nas áreas de alimentação (cozinha) e armazenamento de alimentos, com presença de baratas. Além disso, o Alvará de Localização e Funcionamento da unidade não corresponde à atividade principal da unidade, que foi registrada com data de abertura em 28/08/2024, com a ativi-

dade principal 8412-4/00 (Regulação das atividades de saúde, educação, serviços culturais e outros serviços sociais).

[Relatório CRP 18 - CIAPS Aduino Botelho – Cuiabá/MT]

Na Unidade Prisional Masculina Francisco de Oliveira Conde (FOC), no estado do Acre, a rede elétrica é improvisada dentro das celas, em risco iminente de curtos-circuitos e incêndios. Dentre as comunidades terapêuticas, na “*Novo Amanhecer*”, em Campo Grande (MS), os problemas sanitários se agravam com a distribuição irregular de medicamentos, incluindo substâncias controladas e antibióticos sem prescrição médica, além da presença de medicações vencidas e armazenadas de forma indevida:

A instalação elétrica é improvisada, com fornecimento de energia feito por meio de rabi-chos e gambiarras, lançados de fora para dentro das celas, sem qualquer controle técnico ou de segurança. Essa prática, além de violar diretamente a NBR 5410 (Norma Brasileira de Instalações Elétricas), representa grave risco à integridade física dos internos

[Relatório CRP 24 – FOC – Rio Branco/AC]

No que se refere ao espaço, a cozinha não apresentava aspectos de limpeza, havendo poças de água e [...] panela no chão/piso cheia de grãos de feijão.

[Relatório CRP 03 - Conjunto Penal de Eunápolis – Eunápolis/BA]

Os moradores em fase de tratamento passam pelo posto de saúde e ao chegar no centro de reabilitação entregam as receitas médicas e medicação para um colega cuidador que distribui as medicações. Foram encontradas medicações vencidas, medicações controladas sem receitas, antibióticos sem receitas médicas e misturados com medicações de uso contínuo.

[Relatório CRP 14 - Comunidade Terapêutica “Novo Amanhecer” – Campo Grande/MS]

3.6.6.5 Leitos-celas e roupas de cama

Na realidade dos manicômios judiciários inspecionados, as pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei têm por celas os seus aposentos, o que já caracteriza uma ofensa ao direito à

saúde. Ainda assim, as condições em que são instaladas as pessoas em internação revelam um quadro adicional de vulnerabilização e de precariedade material que atenta contra o conforto mínimo e a dignidade das pessoas com deficiência psicossocial em privação de liberdade.

Na *Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PPF)*, pessoas dormem sobre pedaços danificados de colchões ou mesmo diretamente no chão. No *Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (AL)* e no *Complexo Médico Penal do Paraná (PR)*, os relatos dão conta de colchões mofados, com umidade nas celas e insuficiência de cobertores durante o frio, agravando o sofrimento físico e psíquico e o aspecto de negligência e abandono. No *Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco (PE)*, a instituição sequer fornece roupas de cama ou travesseiros, sendo essa responsabilidade transferida às famílias - o que evidencia a omissão do Estado na provisão de itens essenciais:

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição afirma que] alguns dormem no chão (mencionou 5 pessoas). Está sem cama, dorme no chão. Disse que alguns usuários dormem no couro de bode (a parte do colchão arrancada).

[Relatório CRP 13 - PPF – João Pessoa/PB]

As instalações profissionais contam com maquinário, ar-condicionado e boas condições físicas. Já os quartos dos internos apresentam situações insalubres como camas quebradas, água escorrendo, banheiros sem chuveiro e/ou vaso sanitário, partes da alvenaria quebradas, restos de comida ao redor dos quartos, esgoto, indicando pouca higiene no que se refere ao espaço masculino.

[...]

Foi relatado que, quando chove, entra água nos quartos.

[Relatório CRP 15 - Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ) – Maceió/AL]

Apesar da melhoria e reformas em algumas alas (ala feminina, por exemplo) é possível perceber que as celas utilizadas para as pessoas em sofrimento mental estão muito mofadas, com umidade aparente. De forma geral há pouca ventilação nas celas e a iluminação é fraca.

[...] nas épocas mais frias, nem sempre o número de cobertores é suficiente para oferecer conforto térmico necessário, agravado pela umidade das paredes.

[Relatório CRP 08 - CMP – Pinhais/PR]

Nas alas feminina e masculina os colchões são velhos, de espuma, sem revestimento. Na ala feminina, cada uma das pacientes judiciárias dorme em uma cela. Na ala masculina a cela é dividida entre três ou quatro pacientes judiciários. A conservação e limpeza das celas é precária. [...] As roupas de cama e cobertores não são fornecidas pela instituição, mas pelos familiares.

[Relatório CRP 02 - CSP – Abreu e Lima/PE]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição diz que] Há uma média de 15 (quinze) pessoas por pavilhão. Cada pessoa tem sua cama de cimento com um colchão de plástico e lençol, não recebem travesseiro e não há armário para guarda de seus objetos pessoais.

[Relatório CRP 02 - CSP – Abreu e Lima/PE]

3.6.6.6 Banheiros e chuveiros

As condições dos banheiros e chuveiros observadas nas instituições inspecionadas revelam cenários de profunda degradação, que novamente ofendem direitos fundamentais à saúde, à higiene e à privacidade das pessoas com deficiência psicossocial em privação de liberdade. A ausência de divisórias, a precariedade dos aparelhos sanitários, o mau estado das instalações e a inexistência de medidas de acessibilidade reiteram a inadmissibilidade de tais instituições como lugar de cuidado e promoção da saúde e dignidade das pessoas com deficiência.

Entre os manicômios judiciários como o *HPJJV (MG)*, foram identificados banheiros com chuveiros improvisados, ausência de água quente, mofo, infiltrações e vazamentos constantes. Em Maceió (AL), o *CPJ* tem instalações precárias sem chuveiros e vasos sanitários. Na *Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PPF)*, os sanitários consistem em buracos no chão e os banheiros não possuem portas, eliminando qualquer possibilidade de privacidade. Em Abreu e Lima (PE), os relatos também indicam que itens básicos como papel higiênico só são disponibilizados sob solicitação, e que os banheiros não contam com barras de apoio ou adaptações para pessoas com mobilidade reduzida, somado à precariedade da estrutura predial que se repete em várias unidades:

Nem todas as celas têm chuveiros, com água quente. Algumas pessoas da equipe informam que, nesses casos, quando as pessoas internadas vão tomar banho, são levadas para outras celas. Há uma contradição, pois outra fonte afirmou que ouviu queixas de internos sobre a água fria: “Não conseguem tomar banho”.

[Relatório CRP 04 - HP]JV – Barbacena/MG]

Existem mictórios expostos em locais destinados à realização de atividades coletivas e os banheiros das celas não têm portas ou cortinas, indicando novamente violação do direito à privacidade.

[Relatório CRP 06 - HCTP DR. Arnaldo Amado Ferreira – Taubaté/SP]

Os banheiros sequer possuem vasos convencionais, sendo um buraco no chão revestido por um assento sanitário.

[Relatório CRP 13 - PPF – João Pessoa/PB]

As instalações profissionais contam com maquinário, ar-condicionado e boas condições físicas, já os quartos dos internos apresentam situações insalubres como camas quebradas, água escorrendo, banheiros sem chuveiro e/ou vaso sanitário, partes da alvenaria quebradas, restos de comida ao redor dos quartos, esgoto, indicando pouca higiene no que se refere ao espaço masculino.

[Relatório CRP 15 - Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ) – Maceió/AL]

Os banheiros das alas masculina e feminina estão em condições físicas precárias, com infiltrações, mofo e insetos (baratas). Alguns chuveiros não funcionam e não há controle de temperatura da água, muitos chuveiros continham apenas um cano. Os vasos sanitários não tinham assento. O papel higiênico não fica à disposição dos pacientes judiciários, sen-

do distribuído quando solicitado para uso. O espaço físico dos banheiros não favorece a acessibilidade.

[Relatório CRP 02 - CSP – Abreu e Lima/PE]

Em outros casos, como o *Hospital Especializado Lopes Rodrigues (BA)*, os banhos e as trocas de roupa são realizados de forma coletiva, sem espaços reservados, o que configura uma violação direta da intimidade e da dignidade das pessoas custodiadas. Na ala psiquiátrica da *Unidade Prisional Feminina*, em Rio Branco (AC), os banheiros utilizam sanitários no chão, sem qualquer adaptação para pessoas com deficiência, enquanto na *Comunidade Terapêutica “Novo Amanhecer”*, fiscalizada em Campo Grande (MS), os sanitários apresentavam paredes expostas, vasos sem assento e chuveiros com fiação elétrica exposta, representando risco de graves acidentes:

Os banhos são coletivos, bem como as trocas de roupa e higiene pessoal, não havendo espaços de privacidade nas unidades de internação.

[Relatório CRP 03 - HELR – Feira de Santana/BA]

O sistema sanitário é composto por uma latrina turca (sanitário de chão), sem qualquer adaptação para pessoas com deficiência ou restrição de mobilidade.

[Relatório CRP 24 - UPF – Rio Branco/AC]

Os sanitários encontravam-se em uma condição extremamente precária, com infraestrutura visivelmente comprometida. As paredes apresentavam grandes áreas sem azulejos, expondo tijolos e argamassa danificados, enquanto os vasos sanitários estavam sujos e desgastados, alguns sem assento. Além disso, não havia divisórias entre os sanitários, comprometendo completamente a privacidade dos usuários. O ambiente demonstrava sinais de falta de manutenção e higienização, evidenciado pelas manchas de sujeira no chão e nas paredes, além de encanamentos aparentes e possivelmente danificados.

Os chuveiros também estavam em condição precária, com encanamentos expostos e improvisados, fixados na parede com suportes de plástico e fios aparentes, com um deles

possuindo uma ducha elétrica conectada de forma rudimentar, com fiação exposta, o que representa um sério risco elétrico.

[Relatório CRP 14 - Comunidade Terapêutica “Novo Amanhecer” – Campo Grande/MS]

3.6.7 Alimentação

A alimentação ofertada às pessoas com deficiência psicossocial em internação nos manicômios judiciários e em outras instituições congêneres revelou um cenário de insegurança alimentar e de desrespeito às necessidades básicas de saúde. As refeições – a despeito de serem fundamentais ao cuidado com qualidade em saúde mental – são apresentadas como mais um elemento de degradação cotidiana e desrespeito aos direitos fundamentais das pessoas custodiadas.

Em manicômios judiciários como o *HCTP-SC (SC)* e o *HPJJV (MG)*, identificamos relatos da qualidade duvidosa dos alimentos, cardápios repetitivos e excesso de carboidratos. No *CMP (PR)*, e também no *HCTP (SC)*, pessoas em internação relataram episódios de comida azeda, ausência de dietas individualizadas e fome recorrente. Na *PPF (PB)*, as queixas incluem repetição de fígado e sal-sicha, ausência de frutas e lanches intermediários, refeições servidas sem controle térmico adequado e episódios frequentes de mal-estar devido a alimentos estragados:

Trabalhadores(as) confirmaram que a alimentação é terceirizada, mas não houve consenso sobre sua qualidade. Alguns relatos indicam que, embora o cardápio não seja considerado ruim, o modo de preparo é inadequado, resultando em refeições de baixa qualidade. Em alguns casos, as equipes solicitam que a comida não seja compartilhada com os internos, recebendo uma porção separada. Foi destacado também que o cardápio frequentemente apresenta excesso de carboidratos, “muito pão, arroz e macarrão”. Além disso, uma fonte afirmou que a forma como as refeições são preparadas pela empresa terceirizada é insatisfatória, expressando o desejo de que houvesse uma mudança na empresa responsável pela alimentação.

[Relatório CRP 04 - HPJJV – Barbacena/MG]

A comida armazenada fica em um cômodo sem armários específicos para organização, o que compromete as condições sanitárias do local.

[...]

Os usuários expressaram ainda insatisfação em relação à alimentação, destacando a falta de opções no cardápio, que atualmente se limita a oferecer apenas salsicha e fígado como fontes de proteína.

[Relatório CRP 13 - PPF – João Pessoa/PB]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição] Disse que a comida é ruim, que estraga, porque faz logo cedo, passa muito tempo e por isso estraga. Mencionou que o café é pouco: biscoito, pão, um copo de café. Disse que às vezes já viu repetirem. Disse que no almoço servem arroz, macarrão, pouca carne (fígado e salsicha), às vezes vem salada, farinha às vezes e não tem fruta. Disse que veio uma “laranjinha uma vez”. Disse que às vezes tem suco e não tem sobremesa. Disse que não tem lanche da tarde e na janta servem sopa, arroz doce, um copo de café, biscoito. Disse que entre o almoço e a janta não há lanche. Mencionou que já ficou com fome mais de uma vez, porque a comida estava estragada. Disse que ele comeu dois pães hoje e café.

[Relatório CRP 13 - PPF – João Pessoa/PB]

Sobre a alimentação, ele relatou que é necessário comer assim que ela chega, pois ela estraga rápido.

[Relatório CRP 17 - UPTC – Natal/RN]

No que diz respeito a um espaço destinado para alimentação dos internos, nos deparamos com o recebimento das quentinhas que eram acondicionadas no corredor de acesso entre as salas de atendimento e as celas. As quentinhas ficavam apoiadas em uma mesa simples sem qualquer estrutura específica para conservação do alimento de forma segura.

[Relatório CRP 19 - UCP – Aracaju/SE]

A alimentação é insuficiente e de má qualidade. Servida três vezes por dia, a produção e manipulação de alimentos é externa à unidade, realizada por empresa terceirizada e, segundo relatos das pessoas internas, chega muitas vezes sem condições de consumo por estar azeda.

Há nutricionista responsável, mas não há relatos de alimentação customizada para atender condições de saúde como diabetes e hipertensão. [...] A situação leva muitas vezes à fome.

[Relatório CRP 08 - CMP – Pinhais/PR]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição] Refere que a comida é ruim.

[Relatório CRP 02 - CSP – Abreu e Lima/PE]

A qualidade da alimentação foi unanimemente criticada pelos entrevistados. Um deles relatou: “A comida de segunda-feira não dá para comer, porque a carne vem cheirando mal. O cheiro é muito forte, dá para perceber. Eu não como. Estava com 93 quilos, já estou com 85. Sei que emagreci porque não consigo mais comer essa comida. (sic)” Também houve queixas quanto à variedade das proteínas. Segundo relatos é servido frequentemente variações de frango: frango desfiado, empanado, refogado, por exemplo.

[Relatório CRP 12 – HCTP-SC – Florianópolis/SC]

Situação semelhante é observada no *CIAPS (MT)*, onde, mesmo após notificações da equipe de nutrição, alimentos impróprios continuaram sendo oferecidos. Em diversas instituições, os alimentos são manipulados por empresas terceirizadas sem fiscalização efetiva, chegando por vezes em condições impróprias ao consumo. Nas comunidades terapêuticas fiscalizadas em Mato Grosso do Sul, foram encontrados alimentos vencidos, armazenados de forma inadequada ou em estado de decomposição na *CT “Nova Amanhecer”*, e, na *CT “Nova Criatura”*, identificamos a predominância de refeições baseadas em proteínas mais baratas:

A cozinha, embora organizada, é provisória e apresenta condições inadequadas de armazenamento, conforme constatado na inspeção. Houve identificação da presença de insetos, como baratas, gerando preocupação quanto à higiene e à segurança alimentar. Ademais, foram relatados casos em que alimentos estragados teriam sido oferecidos aos internos, situação já comunicada diversas vezes pela equipe de nutrição à direção da unidade, sem que medidas eficazes fossem adotadas.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

Relatos frequentes apontam que a qualidade da alimentação é inadequada, comprometendo o direito à nutrição adequada

[Relatório CRP 24 - FOC – Rio Branco/AC]

A comida é feita por voluntários dentro da cozinha da casa [...] De acordo com a funcionária entrevistada, por conta do custo, os alimentos mais consumidos são frango e porco.

[Relatório CRP 14 - Comunidade Terapêutica “Nova Criatura” – Campo Grande/MS]

Os alimentos encontrados, como frutas e legumes, estavam acomodados em caixas e em grande quantidade já em estado de decomposição [...] Foram encontrados alimentos nas cozinhas (há mais de uma) e refeitório fora do prazo de validade também.

[Relatório CRP 14 - Comunidade Terapêutica “Novo Amanhecer” – Campo Grande/MS]

Outro aspecto que agrava as violações ligadas à alimentação nos manicômios judiciários inspecionados diz respeito à **imposição da realização das refeições dentro das celas** em algumas das instituições, sem qualquer estrutura mínima de conforto e higiene. Essa prática reforça o isolamento institucional e converte o momento da alimentação, que deveria compor o conjunto de recursos e possibilidades de promoção do cuidado das pessoas com deficiência psicossocial, em um ato de subjugação e punição, restringindo ainda mais o convívio social e o respeito à dignidade humana das pessoas com deficiência psicossocial.

No *CSP (PE)*, apenas os custodiados com funções laborais acessam o refeitório - os demais permanecem reclusos em suas alas durante as refeições. No *HPJJV (MG)*, justificativas operacionais, como a suposta demora para servir todos os internos, são utilizadas para manter essa prática. Já no *HCTP-SC*, em Florianópolis (SC), a alimentação dentro das celas foi justificada por episódios de conflito entre internos, sem que houvesse qualquer retomada de refeições coletivas desde então:

Foi informado que o refeitório não é utilizado diariamente por todos os internos, havendo um sistema de revezamento entre as celas e, ao mesmo tempo, foi informado que atualmente apenas os profissionais da unidade utilizam o refeitório. Uma pessoa trabalhadora informou

que “se fosse tirar todos os presos da cela para se alimentarem no refeitório, a comida esfriaria”. Não foi possível confirmar essa dinâmica por meio de entrevistas com as pessoas internadas. Mas foi possível observar que no dia da inspeção, que na ala feminina o jantar foi entregue e as refeições ocorreram nas celas (sem condições adequadas, como mesa e cadeiras).

[Relatório CRP 04 - HP]JV – Barbacena/MG]

O refeitório é usado apenas pelos funcionários e pelos pacientes judiciários que exercem atividade de trabalho na instituição. Os demais fazem suas refeições em suas alas.

[Relatório CRP 02 - CSP – Abreu e Lima/PE]

As refeições são feitas dentro dos próprios quartos, apesar da existência de um refeitório adequado para esse fim. De acordo com a gestão, anteriormente a alimentação era feita de maneira coletiva, num refeitório. Todavia, após brigas entre os internos, atualmente as refeições passaram a ser nos próprios quartos dos internos.

[Relatório CRP 12 – HCTP-SC – Florianópolis/SC]

3.6.8 Acesso à água

O acesso à água potável nas instituições inspecionadas revelou-se precário, restrito ou condicionado a mecanismos de controle institucional que violam, novamente, o direito à saúde, à dignidade e à autonomia das pessoas com deficiência psicossocial nas instituições de privação de liberdade. Em diversos estabelecimentos, o fornecimento de água é limitado a períodos curtos, mediado por agentes prisionais ou realizado por meio de estruturas insalubres, como bebedouros com filtros vencidos, torneiras contaminadas ou garrafas plásticas reutilizadas sem higienização.

No *CSP (PE)*, os bebedouros estavam sujos e apresentavam presença de lodo. As pessoas entrevistadas relataram consumir água considerada “suja” e os próprios profissionais preferem levar água de fora da unidade. Já no *HCTP (SC)*, a água é distribuída por meio de garrafas de dois litros, que também são utilizadas para higiene pessoal e sanitária, já que os quartos não possuem pias nem descargas funcionais. A dependência dos agentes para a reposição agrava a vulnerabilidade das pessoas internadas. A utilização pelas pessoas em internação de água para uso geral para beber foi também observada em Natal (RN), na *Unidade Psiquiátrica de Tratamento e Custódia (UPCT)*.

No *Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV/MG)*, a equipe de inspeção observou que os internos também dependem de policiais penais para encher garrafas PET nos corredores, uma prática que reforça a tutela perniciosa e a submissão institucional das pessoas com deficiência ao controle manicomial, restringindo ao acesso autônomo para necessidades elementares. Equipamentos como bebedouros estavam sem lacres, sem registros de troca de filtro e sem garantia de potabilidade. Situação semelhante foi constatada no *CPJ*, em Maceió (AL), onde o consumo de água da caixa d'água sem tratamento levou a episódios de dermatite e desidratação:

Há um bebedouro na unidade masculina e um na unidade feminina (com presença de lodo). Também na escola existe bebedouro nas mesmas condições precárias. Na ocasião, foi informado que os profissionais que atuam na instituição trazem água para seu próprio consumo.

[...]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição diz que] Existe um bebedouro, mas a água é suja.

[Relatório CRP 02 - CSP – Abreu e Lima/PE]

A gestão informou que a disponibilização varia conforme a demanda de cada usuário, sendo fornecidas garrafas de água mineral. Os internos, por sua vez, consideram a água de boa qualidade, mas reclamaram da sua disponibilidade. Os assistidos em quartos individuais recebem uma garrafa reciclável de dois litros para armazená-la, mas a reposição depende da solicitação aos agentes. Essa dependência dificulta o acesso pleno ao recurso, que é essencial não apenas para hidratação, mas também para limpar o vaso sanitário – que não possui descarga à disposição –, para higiene pessoal e até para lavar alimentos, que frequentemente chegam mal higienizados. A ausência de pias nos quartos agrava ainda mais essa situação.

[Relatório CRP 12 – HCTP-SC – Florianópolis/SC]

A água potável para uso habitual e para consumo humano dos custodiados vem da mesma fonte [i.e. usuários bebem água do abastecimento das torneiras da instituição].

[Relatório CRP 17 - UPCT – Natal/RN]

Não há consenso entre os trabalhadores acerca de como é disponibilizada água potável para as pessoas internadas. Alguns profissionais informaram que há bebedouros nos corredores. Durante a visita monitorada, constatamos que, de fato, eles existem. Porém, o acesso não é livre para as pessoas presas. A equipe de inspeção observou equipamentos sem identificação de troca de filtro.

Quando questionados sobre como os internos obtêm água, alguns policiais explicaram que eles possuem garrafas PET e solicitam, através das grades, que os agentes as encham nos bebedouros. A questão do acesso à água pareceu surpreender parte da equipe, que só se deu conta do problema quando foi provocada sobre o tema. Outros, no entanto, responderam, de forma natural, que os internos têm acesso à água das torneiras e justificando que a instalação de bebedouros dentro das celas poderia representar riscos para os próprios internos. Teve ainda quem tratou como algo inadequado: “Tive notícias que bebem água da torneira do banheiro”.

[Relatório CRP 04 - HP]JV – Barbacena/MG]

A água que eles bebem é de um bebedouro industrial que vem direto da caixa d’água, essas águas são armazenadas por eles em garrafas pets, sem controle de qualidade.

[...]

O acesso à água é livre, no entanto, observou-se que não é possível afirmar tratar-se de água potável, pois não houve garantias da troca de filtro do bebedouro que recebe a água diretamente da caixa d’água. Essa caixa fica aberta, e alguns já adoeceram de dermatites e com certa frequência ficam desidratados, demandando reidratação por soro fisiológico. Além disso, notamos que eles utilizam garrafas pets descartáveis e não há controle de higienização, dado que não é um material para ser reutilizado tantas vezes.

[Relatório CRP 15 - Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ) – Maceió/AL]

Na *Unidade Prisional Feminina* e na *Unidade Prisional Masculina Francisco de Oliveira Conde (FOC)*, em Rio Branco (AC), o fornecimento de água é feito uma única vez ao dia, por cerca de 15 a 30 minutos. As pessoas privadas de liberdade precisam armazená-la em baldes para consumo, banho, limpeza da cela e higienização pessoal — um cenário de precariedade que compromete gravemente o direito à saúde e à dignidade. Em unidades prisionais comuns como o *Conjunto Penal de Brumado*

(BA), observou-se também a reutilização de recipientes em condições insalubres, sem manutenção ou higienização adequadas:

O acesso à água potável nas unidades prisionais é limitado, sendo fornecido apenas uma vez ao dia, por meio de um caimento de água que dura, em média, entre 15 e 30 minutos. Esse fornecimento não é contínuo, e as pessoas privadas de liberdade são obrigadas a armazenar a água em baldes, utilizando-a tanto para consumo quanto para a higienização das celas, que deve ser realizada pelos próprios internos.

[Relatório CRP 24 - Unidade Prisional Feminina e Unidade Prisional masculina Francisco de Oliveira Conde (FOC) – Rio Branco/AC]

Durante a visita às dependências carcerárias, um dos usuários sinalizou as más condições de conservação e higiene das garrafas de transporte de água, da incompletude dos kits que são distribuídos pelo conjunto penal com itens de higiene pessoal (escova de dente, pasta, sabonete).

[Relatório CRP 03 - Conjunto Penal de Brumado – Brumado/BA]

3.6.9 Insumos básicos

A ausência ou o fornecimento irregular de insumos essenciais - como papel higiênico, sabonete, toalhas, roupas de cama, escovas de dente e outros itens de uso pessoal - configura outra das expressões de violação da dignidade humana nas instituições inspecionadas. A escassez ou precariedade desses itens não apenas compromete a higiene e a saúde das pessoas em privação de liberdade, mas também expõe uma política institucional de negligência sistemática.

Nos manicômios judiciários e hospitais de custódia, como na *PPF (PB)* e no *CSP (PE)*, os relatos indicam que pessoas em internação precisam se lavar no chuveiro por falta de papel higiênico, ou utilizar roupas como toalhas, diante da indisponibilidade desses itens. Em muitos casos, os produtos são distribuídos apenas sob solicitação, reforçando o controle punitivo sobre o acesso a recursos elementares.

No *CMP (PR)* e no *HCTP-SC (SC)*, os relatos são igualmente alarmantes. Escovas de dente fornecidas são descritas como tão pequenas e frágeis que chegam a provocar ferimentos — e, em um caso, um interno chegou a engolir acidentalmente a escova e precisou de atendimento hospitalar. Itens como sabonete líquido são racionados pelos próprios usuários, diante da insegurança no rea-

bastecimento. A situação de escassez chegou a gerar mobilizações coletivas, como um abaixo-assinado com ameaça de greve de fome no HCTP-SC, exigindo a regularização da entrega dos kits de higiene:

Na entrevista com o assistente social e a psicóloga da unidade foi informado que cada interno recebe 01 rolo de papel higiênico para uso pessoal, fornecido pela instituição e/ou por familiares. Porém, durante a visita ao alojamento a equipe do CRP 13 não identificou nenhum papel higiênico junto aos pertences dos internos.

[...]

Os entrevistados relataram a falta de materiais básicos, como papel higiênico - relataram que o usuário que não recebe papel higiênico dos familiares precisa se lavar no chuveiro.

[Relatório CRP 13 - PPF – João Pessoa/PB]

O papel higiênico não fica à disposição dos pacientes judiciários, sendo distribuído quando solicitado para uso.

[...]

As roupas de cama e cobertores não são fornecidas pela instituição, mas pelos familiares.

[Relatório CRP 02 - Centro de Saúde Penitenciário (CSP) – Abreu e Lima/PE]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição diz que] Há uma média de 15 (quinze) pessoas por pavilhão. Cada pessoa tem sua cama de cimento com um colchão de plástico e lençol, não recebem travesseiro e não há armário para guarda de seus objetos pessoais.

[Relatório CRP 02 - CSP – Abreu e Lima/PE]

Nas épocas mais frias, nem sempre o número de cobertores é suficiente para oferecer conforto térmico necessário, agravado pela umidade das paredes.

[Relatório CRP 08 - CMP – Pinhais/PR]

Um dado recorrente nas entrevistas com os internos foi a falta de toalhas, motivo pelo qual acabam utilizando as próprias roupas para secar-se após o banho.

Em relação à higiene pessoal, os internos recebem um kit contendo sabonete líquido, shampoo, pasta de dente e escova de dente. No entanto, a precariedade da escova foi unanimemente criticada pelos internos entrevistados, sendo descrita como muito pequena e causadora de ferimentos na boca. Um dos relatos mais graves foi mencionado por um interno que, acidentalmente, engoliu a escova e precisou ser hospitalizado. Os usuários relatam que chegam a fazer racionamento de alguns itens, como sabonete líquido, pois o item muitas vezes acaba e não é imediatamente repostado.

Além disso, houve queixas recorrentes sobre a insuficiência dos produtos fornecidos, sendo comum que os internos fiquem sem itens básicos e precisem tomar banho apenas com água. Em relação a isso, foi relatada uma situação em que diante da escassez de produtos de higiene os internos teriam organizado um abaixo-assinado ameaçando iniciar uma greve de fome caso os kits não fossem disponibilizados.

[Relatório CRP 12 – HCTP-SC – Florianópolis/SC]

Na ala psiquiátrica da *Unidade Prisional Feminina*, em Rio Branco (AC), e no *Presídio Salvador* (BA), foram identificados colchões sem qualquer proteção higiênica, ausência de fronhas, lençóis ou cobertores, e o acesso à água potável e papel higiênico depende da autorização de agentes penitenciários. Em instituições como o *Conjunto Penal de Brumado* (BA), os kits de higiene pessoal são incompletos ou ausentes, e usuários que precisam reutilizar fardamento úmido por não possuírem troca:

[Na Unidade Prisional Feminina] Cada cela dispõe de uma base de concreto elevado para acomodação de um colchão, que é disponibilizado sem lençóis, fronhas ou qualquer proteção higiênica adequada.

[Relatório CRP 24 - UPF – Rio Branco/AC]

O papel higiênico não fica disponível no banheiro e é fornecido pela equipe de segurança quando solicitado, assim como o acesso à água potável.

[Relatório CRP 03 - Presídio Salvador – Salvador/BA]

[Entrevistado com demanda diagnóstica e clínica de deficiência psicossocial] relatou que [...] não possui escova de dente e não faz a higiene bucal adequada e que dorme em cama, mas não possui travesseiro e coberta.

[...] que possui apenas um conjunto de fardamento e que ele mesmo lava com água e sabão, usando esta molhada por não possuir outra. [...]

Durante a visita às dependências carcerárias, um dos usuários sinalizou as más condições de conservação e higiene das garrafas de transporte de água, da incompletude dos kits que são distribuídos pelo conjunto penal com itens de higiene pessoal (escova de dente, pasta, sabonete).

[Relatório CRP 03 - Conjunto Penal de Brumado – Brumado/BA]

3.6.10 Itens pessoais – armário para armazenamento

A ausência de espaços individuais e seguros para guarda de pertences pessoais é outra expressão violenta à subjetividade, à autonomia e às possibilidades de reabilitação e garantia da dignidade e cidadania das pessoas com deficiência psicossocial hoje privadas de liberdade. Observamos que a gestão autônoma pelas pessoas internadas de seus objetos é amplamente cerceada e mesmo impedida, em consonância com a lógica de contenção e padronização que rege o cotidiano das instituições manicomiais e prisionais.

Dentre os manicômios judiciários como a *PPF (PB)*, o *CPJ (AL)*, o *HPJJV (MG)* e o *CMP (PR)*, os pertences são guardados no chão, ao redor das camas ou em locais improvisados, como vãos de alvenaria, sem qualquer estrutura de armário, proteção ou privacidade. No *CSP (PE)*, uma das pessoas internadas precisa manter valores em seus bolsos, como dinheiro de trabalhos internos, por não terem onde guardar com segurança - o que evidencia o desamparo institucional com à dignidade e às demandas dos sujeitos por reconstrução de suas vidas:

No momento, cada usuário tem sua própria cama de alvenaria, porém os espaços para guardar comida e pertences dos usuários são inadequados, sendo colocados embaixo dessas.

[Relatório CRP 13 - PPF – João Pessoa/PB]

Todos guardam objetos pessoais no próprio quarto ao redor do chão ou da cabeceira da cama.

[Relatório CRP 15 - Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ)
– Maceió/AL]

Um(a) trabalhador(a) entrevistado(a) afirma que não há armário fechado ou local à disposição para cada pessoa internada, para armazenamento de seus pertences.

[Relatório CRP 04 - HP]JV – Barbacena/MG]

Objetos de uso pessoal permitidos são muitas vezes guardados nas próprias celas, sendo poucos os pertences pessoais e muitos compartilhados.

[Relatório CRP 08 - CMP – Pinhais/PR]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição] Acrescentou que trabalha na unidade como faxineiro ganhando uma média de R\$ 700,00 (setecentos reais), existe atraso frequente no pagamento e precisa ficar com o dinheiro no bolso por não ter onde guardar.

[Relatório CRP 02 - CSP Abreu e Lima/PE]

[Em entrevista, outra pessoa em internação na instituição diz que] Há uma média de 15 (quinze) pessoas por pavilhão. Cada pessoa tem sua cama de cimento com um colchão de plástico e lençol, não recebem travesseiro e não há armário para guarda de seus objetos pessoais.

[Relatório CRP 02 - CSP Abreu e Lima/PE]

Em hospitais psiquiátricos como o *HELR (BA)*, os objetos pessoais são recolhidos pela equipe técnica e devolvidos à família, ou armazenados em locais inacessíveis às próprias pessoas usuárias, que passam a viver sem nenhum bem que lhes pertença no ambiente de internação. No *CIAPS (MT)*, mesmo onde há espaços privativos, o acesso aos pertences depende de autorização da equipe, e objetos como desodorantes, sabonetes e escovas de dente ficam sob controle exclusivo dos profissionais.

Entre as comunidades terapêuticas, na *CT Novo Amanhecer (MS)*, embora existam armários individuais, não há chaves para trancá-los, impedindo o exercício pleno do direito à privacidade:

Os usuários não possuem um local privado para guarda de artigos pessoais, não tendo direito a acessar seus pertences.

[...]

Os usuários não tem um local específico para guardar os seus pertences, visto que a equipe devolve todos os pertences aos familiares e quando não é possível devolver, eles etiquetam e guardam, dessa forma, eles não têm acesso a nada que seja deles dentro do HELR.

[Relatório CRP 03 - HELR – Feira de Santana/BA]

Sobre a guarda de itens pessoais, informaram que há local específico para objetos como desodorante, sabonete, escova de dentes, entre outros, acessível apenas à equipe multiprofissional.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

Embora haja armários privativos, não há chaves para trancá-los.

[Relatório CRP 14 - Comunidade Terapêutica “Novo Amanhecer” – Campo Grande/MS]

O controle sobre itens básicos reforça a condição de tutelamento permanente e a negação simbólica da individualidade, tornando impossível a dimensão subjetiva da existência institucionalizada.

3.6.11 Rigidez nos horários e falta de adaptação às singularidades

Outro aspecto identificado no tratamento institucional vivenciado pelas pessoas com deficiência é a imposição de rotinas rígidas e inflexíveis que acontece nas instituições inspecionadas. Esta é uma realidade totalmente incompatível com o fundamento da reabilitação subjacente às medidas terapêuticas e também distantes dos princípios da atenção psicossocial e da singularidade no cuidado. O controle intransigente pelas instituições dos horários de alimentação, descanso, uso de objetos pessoais ou participação em atividades revela uma lógica institucional que se ancora, novamente, no disciplinamento

e na contenção, desconsiderando as necessidades, os ritmos e as escolhas das pessoas em sofrimento psíquico e tão fundamentais à sua construção como cidadãs autônomas e detentoras de direitos.

No *HCTP-SC (SC)*, medidas recentes de gestão retiraram dos internos o direito de manter rádios pessoais, antes permitidos, o que exemplifica a privação crescente de autonomia, expressão individual e contato com a realidade do outro lado dos muros do manicômio. No *Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV/MG)* e no *Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco (CSP)*, identificamos que a recusa ou impossibilidade de se alimentar no horário fixado implica na perda da refeição, sem reposição posterior — o que submete a alimentação a uma lógica punitiva, com forte impacto subjetivo. No CSP, pessoas relataram que ao acordarem fora do horário estipulado, ficam sem o café da manhã, pois não há alternativa de lanche ou ajuste na rotina alimentar:

Os internos também mencionaram que, anteriormente, podiam manter rádios consigo, mas essa possibilidade foi retirada com a nova gestão da unidade. Há um equipamento de som no corredor dos quartos, mas ele está quebrado.

[Relatório CRP 12 – HCTP-SC – Florianópolis/SC]

Caso não se queira realizar a refeição no horário estipulado, não é permitido armazenar a comida para comer depois.

[Relatório CRP 04 - HPJJV – Barbacena/MG]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição diz que] Para acordar tem um toque da sirene. Café da manhã, almoço, jantar e horários do medicamento. Disse que pode dormir a hora que ele quiser, mas fica sem as refeições, e os funcionários não chamam.

[...]

[Em entrevista, outra pessoa em internação na instituição diz que] O CSP oferece três refeições ao dia, inclusive quem não se alimentar na hora, perde o direito, exemplificou que no dia da inspeção acordou tarde e ficou sem café da manhã, não oferecem lanche. Refere que a comida é ruim.

[Relatório CRP 02 - CSP – Abreu e Lima/PE]

Em uma das comunidades terapêuticas inspecionadas em Mato Grosso do Sul - a *CT “Nova Criatura”* - os relatos indicam controle rígido dos horários para dormir, comer, participar de cultos ou até utilizar o telefone celular. Não há margem para adaptação individual, e os internos devem seguir uma rotina coletiva imposta, sem possibilidade de negociação. Essa rigidez revela a permanência de práticas moralizantes e homogeneizantes incompatíveis com a lógica do cuidado em liberdade:

A CT possui mais práticas restritivas, lá o horário dos internos é estritamente regulado. Eles podem circular pela casa e entre as unidades, mas devem seguir a rotina posta na “casa de cima”. [...]

Durante a entrevista com o morador [da instituição inspecionada], ficou entendido que a casa não tem maleabilidade quanto aos horários. [...] tem horário para dormir, almoço, mexer no celular, culto e devocional, e para dormir, sem livre arbítrio nesse sentido.

[Relatório CRP 14 - Comunidade Terapêutica “Nova Criatura” – Campo Grande/MS]

Dentre os hospitais psiquiátricos, constatamos no *CIAPS Adauto Botelho (MT)* rotinas fixas de despertar e repouso, sem adaptações ou participação dos usuários e de suas preferências e necessidades na construção das rotinas:

A unidade possui horários fixos para acordar e dormir, conforme a rotina estabelecida.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

3.6.12 Uso de uniformes e violação das singularidades

A imposição do uso obrigatório de uniformes padronizados, combinada à proibição do uso de roupas pessoais, configura uma prática institucional de apagamento da identidade e da individualidade das pessoas com deficiência psicossocial internadas, com sérios impactos sociais e subjetivos. Em várias das instituições inspecionadas, o vestuário imposto segue padrões carcerários, com códigos de cores associados ao controle e à disciplina, evidenciando a transposição literal da lógica prisional para espaços que deveriam operar sob princípios de cuidado e acesso à saúde.

A generalização da prática se estende a diversos estabelecimentos, como a *Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe (UCP)*, *Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ)*, em Maceió (AL), a *Unidade Psiquiátrica de Tratamento e Custódia (UPCT)* de Natal (RN), o *Complexo Médico Penal do Paraná (CMP)* e o *CIAPS Adauto Botelho (MT)*, nos quais é vedado o uso de qualquer vestimenta pessoal. As roupas são distribuídas em kits padronizados pela instituição e frequentemente

te constituem o único vestuário disponível. Em muitos desses espaços, os internos relataram não possuir qualquer item de uso próprio, como roupas íntimas ou calçados pessoais, dependendo integralmente do que lhes é fornecido. Até mesmo os deslocamentos para exames médicos são realizados com uniforme de cor específica e algemas, reforçando o estigma e a condição de total despersonalização:

O uso de roupas próprias pelas pessoas internadas só é permitido se for blusa branca e short laranja, quando não há roupas já disponibilizadas pelo próprio sistema. Eles entregam kit quando o interno acessa à instituição.

[Relatório CRP 19 - UCP – Aracaju/SE]

Cada custodiado dispõe de pelo menos três kits de roupas, cada um com uma camisa branca, um short azul, uma cueca branca e um par de sandálias havaianas.

[Relatório CRP 17 - UPCT – Natal/RN]

As pessoas estavam vestidas com camisas e bermudas iguais, adequadas ao clima de verão, calçados com chinelos de dedo, em sua maioria, com roupa de cama limpas e adequadas somente na ala feminina, na ala masculina foram observados que muitos quartos não atendiam condições mínimas de habitabilidade.

[Relatório CRP 15 - Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ) – Maceió/AL]

As pessoas privadas de liberdade recebem uniforme da própria instituição.

[Relatório CRP 08 - CMP – Pinhais/PR]

De acordo com os internos, as entrevistas evidenciaram a ausência de atividades externas à unidade. Alguns relataram que, em casos de necessidade de exames médicos, já foram

conduzidos a equipamentos de saúde, sempre trajando o uniforme laranja e com mãos e pés algemados.

[Relatório CRP 12 - HCTP – Florianópolis/SC]

A unidade fornece uniformes padronizados, toalhas de banho, sabonete e chinelos. Os internos não dispõem de roupas pessoais. [...]

Os internos utilizam o uniforme obrigatório da instituição. A maioria relatou não possuir roupas ou calçados além do uniforme.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

No *HPJJV/MG*, o uso de uniformes verdes e brancos é obrigatório dentro da instituição, e o uniforme vermelho é exigido para deslocamentos externos, que ocorrem invariavelmente sob escolta e com uso de algemas. A imposição da indumentária é acompanhada por códigos disciplinares que reforçam o controle sobre os corpos e os gestos, em detrimento da expressão pessoal e da autonomia dos sujeitos. Essa despersonalização também é observada no *HCTP de Taubaté (SP)*, onde há registro de norma institucional que define um único corte de cabelo autorizado, exposta diretamente no ambiente utilizado para essa atividade:

Entrevistados disseram ainda que não é permitido o uso de roupas pessoais, somente uniforme – verde e branco dentro da unidade e vermelho para deslocamento externo.

[...]

Os cuidados de saúde, visando uma integração com os equipamentos de saúde do território, sempre são feitos com encaminhamentos para a rede local. As pessoas em privação de liberdade vão algemadas e uniformizadas.

[Relatório CRP 04 - HPJJV – Barbacena/MG]

Neste mesmo galpão, havia também um espaço semelhante a um “salão de beleza”, o qual poderia ser usado para cortes de cabelo, porém, um trecho do código penal estava exposto em cima da mesa, determinando um único tipo de corte de cabelo autorizado a ser feito.

Sendo assim, não parece se configurar como uma atividade potencialmente terapêutica e pensada a partir da singularidade do sujeito, mas sim, uma atividade regular e que se executa de forma igual para todos, de acordo com uma especificação de uma lei/normativa. Embora a direção afirme não haver tal padronização no corte de cabelo, o trecho do código penal exposto no ambiente de corte o contradiz. Cabe ressaltar que um corte de cabelo padronizado indica práticas violadoras da identidade pessoal, suprimindo a individualidade.

[Relatório CRP 06 - HCTP Dr. Arnaldo Amado Ferreira – Taubaté/SP]

Em unidades prisionais comuns, como o *Presídio Salvador (BA)*, a padronização do vestuário também cumpre função classificatória interna, com cores diferenciadas associadas ao comportamento do interno, o que aprofunda o regime de punição e controle simbólico, além de reforçar a vigilância permanente sobre os corpos:

Na unidade em questão, há separação das pessoas privadas de liberdade por categorias internas. Estas pessoas são identificadas por fardamentos diferentes: camisa azul e camisa amarela para aqueles que têm “bom” comportamento para com a gestão e funcionários e a farda laranja para as pessoas privadas de liberdade que permanecem no pátio comum do presídio.

[Relatório CRP 03 - Presídio Salvador – Salvador/BA]

Outro aspecto que destacamos da violação à subjetividade das pessoas com deficiência psicossocial em internação é a supressão sistemática do direito à privacidade e à intimidade, aspecto característico dos espaços de internação de características asilares. Nos ECTPs e nas instituições congêneres, o corpo da pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei é continuamente exposto, vigiado, compartimentado e controlado, como parte de uma cultura institucional que desautoriza a existência de fronteiras pessoais e de qualquer espaço de interioridade ou reserva. Em muitas unidades, aspectos dessa estrutura expressam a negação desse direito: ausência de portas, divisórias ou elementos básicos de resguardo em sanitários, chuveiros ou dormitórios compartilham o cotidiano da custódia de uma exposição corporal e obstrução da intimidade.

No caso da *Unidade Prisional Feminina de Rio Branco (AC)*, constatamos que as celas não possuem separação entre o espaço de descanso e os sanitários. A única barreira é uma mureta baixa de concreto, que não preserva qualquer privacidade, expondo as mulheres à observação direta e permanente, inclusive durante atividades de higiene íntima:

A separação entre a área de descanso e o espaço sanitário é garantida por uma mureta de concreto de baixa altura, que não preserva privacidade mínima, expondo as mulheres privadas de liberdade a constrangimentos e situações que atentam contra a sua dignidade.

[Relatório CRP 24 – Unidade Prisional Feminina – Rio Branco/AC]

Dentre as comunidades terapêuticas, o problema estende-se à falta de segurança. Na CT “*Novo Amanhecer*” (MS), foi registrado um episódio de invasão externa à unidade, reforçando inadequações estruturais e comprometendo, novamente, a privacidade e a proteção das pessoas sob internação:

Já houve episódios de invasão externa [...] situação que resultou em confusão generalizada.

[Relatório CRP 14 – Comunidade Terapêutica “Novo Amanhecer” – Campo Grande/MS]

3.6.13 Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um dos instrumentos centrais de direcionamento do cuidado em saúde mental na lógica da Reforma Psiquiátrica, da atenção psicossocial e da clínica ampliada do SUS. Enquanto ferramenta viva, construída em equipe e com participação do usuário e da rede territorial, o PTS deve orientar ações concretas de cuidado, autonomia e desinstitucionalização, e é um dos elementos fundamentais para acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei previstos na Política Antimanicomial no Poder Judiciário (arts.12 e 13 da Resolução CNJ n. 487/2023). Nos estabelecimentos inspecionados, no entanto, o que se observou foi a sua quase total descaracterização – quando não, a completa ausência.

Na maioria dos ECTPs, hospitais psiquiátricos, alas psiquiátricas prisionais e comunidades terapêuticas, a pessoa e seus planos de vida não têm papel central nos PTSs desenvolvidos.

Na *Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe (UCP)*, embora exista prontuário individual, os PTSs são baseados exclusivamente no diagnóstico médico-psiquiátrico, sem considerar a participação e a personalidade das pessoas internadas. O mesmo se verifica no *Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (AL)*, onde os planos analisados apresentam perfil psiquiátrico hegemônico, desarticulado da RAPS e sem mediação com os projetos de vida das pessoas. Há ainda os casos em que o PTS, embora formalmente registrado, não é aplicado na prática, como no *HCT (BA)*, onde os documentos não foram apresentados durante a inspeção, ou no *CCNH (AP)* e *CMP (PR)*, onde não se verificou qualquer aplicação efetiva do PTS no cotidiano institucional:

A construção do Plano Terapêutico Singular é realizada, mas não de forma completa. Pelo já exposto em outros campos deste relatório, a estrutura arquitetônica e a composição da equipe são bastante reduzidas e precárias. Não existe a possibilidade de atendimentos mais particularizados no que diz respeito às atividades lúdicas, esportivas, culturais.

[Relatório CRP 19 - UCP – Aracaju/SE]

Cada um deles possui prontuário individual, mas não obtivemos acesso, apenas ao Plano Terapêutico Singular (PTS), o qual era desenvolvimento a partir do tipo de diagnóstico indicado na avaliação médico-psiquiátrica.

[...]

Sugerimos [...] a reformulação do PTS pela gerência de saúde da SERIS [Secretaria de Estado de Ressocialização e Inclusão Social de Alagoas] para que este seja produzido sem ter como norte exclusivamente o diagnóstico elencando através da perícia médico-psiquiátrica, fazendo com que os outros profissionais de saúde fiquem atrelados a perspectiva diagnóstica e levando em consideração as histórias de vida e planos de vida de cada um dos internos, com dados mais significativos que demonstrem um PTS verdadeiramente singular.

[...]

Todas possuem PTS, porém, ao analisar o documento, percebeu-se um PTS majoritariamente psiquiátrico, sem plano de atendimento individualizado e produzido a partir do diagnóstico apresentado em perícia, onde os profissionais de saúde da instituição produzem ações a partir desse diagnóstico. Nesse PTS é realizado um plano de saída articulado com a RAPS (mais especificamente com os CAPS) e existem dois prontuários: um jurídico e outro de saúde (o qual fica em um armário com chave). A família é convidada a participar da elaboração do PTS nos seguintes casos: quando ela é ativa ou quando o interno tem dificuldade de comunicação. Esse PTS é alinhado ao plano de vida para a reinserção social. As práticas de cuidado apresentadas são as atividades pensadas pela equipe de saúde, realizadas de forma coletiva, nem sempre levando em consideração as demandas específicas.

[Relatório CRP 15 - Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ) – Maceió/AL]

Foi informado que todas as pessoas privadas de liberdade no HCT/BA possuem o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que fica anexado junto ao prontuário, porém, o mesmo não é utilizado e não foi apresentado.

[Relatório CRP 03 - HCT-BA – Salvador/BA]

A unidade não possui um projeto técnico institucional e nem projeto terapêutico singular para as pessoas em conflito com a lei, o único documento que a equipe de saúde mental possui são os prontuários individuais dos internos.

[...]

A instituição não possui Projeto Terapêutico Singular-PTS, nem uma regularidade definida para reuniões de equipe para fazer estudo de caso.

[Relatório CRP 10 - CCONH – Macapá/AP]

Durante a visitação, o Diretor da unidade afirmou que houve a implantação do PTS para cada uma das pessoas custodiadas com deficiência psicossocial, no entanto, não apresentou cópia do documento. Naquela oportunidade, não foi possível verificar a existência do documento, mas os indícios apontam que não há PTS efetivamente aplicado. Um dos aspectos que levam à essa compreensão é a ausência de atividades terapêuticas em grupo ou de qualquer outra modalidade, para além de relatos de atendimentos pela equipe bastante esporádicos.

[Relatório CRP 08 - CMP – Pinhais/PR]

No *HPJJV (MG)*, os PTSs analisados apresentavam conteúdo repetitivo, copiado entre usuários, com variações mínimas de palavras e ausência de informações básicas como raça, orientação sexual ou identidade de gênero, além de **recomendações expressas de “internação eterna”** e do uso de tratamento de choque - a chamada *eletroconvulsoterapia* e laborterapias. Em diversos casos, constava apenas a indicação genérica de “alta programada”, sem nenhum desdobramento concreto voltado à desinstitucionalização:

Foi solicitado um formulário de Projeto Terapêutico Singular (PTS) não preenchido para inclusão no trabalho de inspeção, porém o documento não estava facilmente acessível. Foi necessário reeditar um documento já preenchido, o que sugere que o PTS não é um documento consolidado ou de fácil manuseio dentro do processo de trabalho da equipe. Posteriormente, não tivemos acesso.

[...]

Nos PTS analisados, não constam informações sobre raça, cor, orientação sexual ou identidade de gênero, evidenciando a inviabilização de dados fundamentais para a construção de um cuidado particularizado.

A equipe de inspeção avaliou que o planejamento e a oferta das ações, atendimentos e serviços sugeridos pela equipe de saúde são realizados de forma segmentada, por profissional que acompanha o caso, seguindo um modelo ambulatorial. Esse modelo resulta em datas de revisão espaçadas, com pouca frequência de reavaliações.

Dos 64 PTS analisados, a maioria seguia um padrão rígido, com muitos documentos apresentando exatamente o mesmo texto, variando apenas em algumas palavras, sem especificidade nos tratamentos ou nas abordagens. Frases e avaliações padrões são recorrentes, o que levanta questionamentos sobre a real utilidade do PTS, que perde seu potencial de ferramenta para a produção de cuidado singular.

[...] quando o PTS não está sugerindo, de maneiras controversas, a manutenção da internação das pessoas, apresenta informações padronizadas (por exemplo, o mero registro de “alta programada” ou a indicação de que o “PTS seja orientado para a saída”), que não refletem ações concretas voltadas para a alta programada, revelando uma falta de ação prática em relação ao processo de desinstitucionalização.

[...]

Em um dos PTS analisados é destacado que, sob o ponto de vista psiquiátrico, caso ocorra a alta do paciente, será necessário “suporte multidisciplinar intensivo diário *ad eternum*” [sic], pois, “sob o ponto de vista clínico, há risco de agravos das comorbidades clínicas em ambiente extra hospitalar”. As comorbidades clínicas identificadas no PTS eram diabetes mellitus tipo II e hipertensão arterial.

Em outros PTS também foram observados indicações de “tratamento” ou “monitoramento intensivo *ad eternum*” [sic], o que no contexto dos mesmos apontava para uma impossibi-

lidade de suporte extra hospitalar e/ou fragilidade do acompanhamento em caso de desinstitucionalização, promovendo-se o risco de agravos. Nesse sentido há ainda um registro de que a boa adesão ao tratamento é resultado do “monitoramento constante dentro desse nosocômio”, reforçando a necessidade de monitoramento “*ad eternum*” em instituição total.

Outra questão importante localizada em diversos PTS é a indicação de eletroconvulsoterapia (ECT). Em um deles a indicação se dá com a justificativa da necessidade devido aos “sintomas psicóticos refratários a altas doses de clozapina”. No mesmo caso, porém, é exposto que o usuário mantém quadro de estabilidade após reajuste de terapêutica medicamentosa. Contudo, a indicação de ECT se mantém: “mantenho solicitação de ECT em decorrência da necessidade de manter os medicamentos em altas doses e com mínimas chances de adesão após sua desinternação”.

[Relatório CRP 04 - HP]JV – Barbacena/MG]

No *Hospital Penal Roberto Medeiros*, no Rio de Janeiro, mais da metade dos internos não possuíam sequer laudos atualizados ou PTS em construção. A ausência de participação dos familiares, dos serviços da RAPS e da própria pessoa internada na elaboração do documento expõe a fragilidade da proposta e sua completa desvinculação dos princípios da singularidade e da autonomia:

O projeto terapêutico singular é construído após avaliação da equipe sobre a situação da pessoa. Inicialmente, o interno não participa desse processo, sendo o PTS elaborado pelo médico psiquiatra a partir das informações fornecidas pelos profissionais que atendem aquela pessoa.

[...]

O PTS das pessoas internadas, de acordo com os pressupostos de cuidado preconizados pelo SUS, deveria ser elaborado, minimamente, em conjunto com o serviço de saúde de base territorial (Atenção Básica e/ou CAPS) e com a participação ativa de usuários e familiares. Todavia, as/os próprias/os profissionais atuantes no HCTP informam que, inicialmente, as pessoas internadas, as famílias, a comunidade e os serviços de saúde territoriais não são consultados e a elaboração do PTS fica sob responsabilidade dos profissionais do HCTP, que não conhecem as histórias, trajetórias e peculiaridades da vida da pessoa, seus sentidos subjetivos e singularidades.

As entrevistas revelaram que os PTSs elaborados no cotidiano do HCTP desconsideram a noção de singularidade e os planos que os próprios sujeitos idealizam sobre suas vidas, restringindo-se à capacidade institucional ou às (in)capacidades da família envolvida.

[...]

No momento da visita, haviam 116 (15 mulheres e 101 homens). Destes, surpreende que nem todos possuem laudos (apenas 48 no momento da visita) ou PTS.

[Relatório CRP 05- Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros – Rio de Janeiro/RJ]

No estado do Acre, dentre os hospitais psiquiátricos, notamos que, no *Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre (HOSMAC)*, em Rio Branco, o PTS existe apenas formalmente, mas sem planejamento interdisciplinar, adaptação às singularidades ou articulação com a rede de base territorial. Já em alas prisionais femininas do Acre, a construção do PTS teve seu início protelado até a provocação do Ministério Público:

No Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC), verificou-se que o PTS é elaborado, porém sem o devido trabalho interdisciplinar. A ausência de um planejamento estruturado e contínuo evidencia fragilidades na abordagem terapêutica, comprometendo a efetividade das estratégias de reabilitação e reinserção social das pessoas atendidas.

[Relatório CRP 24 - Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre (HOSMAC) – Rio Branco/AC]

Quanto ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), a equipe técnica da unidade prisional feminina relatou que sua construção foi iniciada apenas após solicitação do Ministério Público do Estado do Acre (MPAC) e mediante participação em formação específica para sua elaboração.

[Relatório CRP 24 - UPFFOC – Rio Branco/AC]

Na ala psiquiátrica da unidade prisional masculina, a inspeção foi realizada com uma profissional de saúde recém-contratada, que não soube informar sobre o registro das informações relacionadas ao PTS, além dos dados contidos no prontuário médico. A ausência de conhecimento sobre esse processo pode indicar falhas na sistematização dos registros e na continuidade do cuidado, tornando imprescindível a capacitação dos profissionais e a padronização do fluxo de informações dentro da unidade.

[Relatório CRP 24 – UPMFOC – Rio Branco/AC]

Esse cenário agrava-se quando nos detemos sobre a situação nas **unidades prisionais comuns**, em que a inexistência de PTSs é absoluta. Em instituições como o *Presídio Salvador* e o *Conjunto Penal de Brumado*, ambas no estado da Bahia, a lógica do cuidado resume-se a planejamentos genéricos ou ao desconhecimento sobre os próprios internos, como evidenciado nos trechos a seguir:

Não há um Projeto Terapêutico Singular para cada interno, mas sim um planejamento geral dos casos [...].

Observamos um desconhecimento por parte da Psicologia do perfil dos internos uma vez que tiveram dificuldade de sinalizar se havia algum interno proveniente do HCT ou com deficiência psicossocial.

[Relatório CRP 03 - Presídio Salvador – Salvador/BA]

Em entrevista com a psicóloga presente no dia da inspeção [...] a mesma não soube informar [...] o número aproximado de [...] pessoas com deficiência psicossocial em prisão provisória.

[...] Não há um Projeto Terapêutico Singular para cada interno, mas sim um planejamento geral dos casos. [...]

Não foram encontrados planos e nem projetos de desinstitucionalização.

[Relatório CRP 03 - Conjunto Penal de Brumado – Brumado/BA]

Na descaracterização dos Projetos Terapêuticos Singulares, é possível destacar outro aspecto anteriormente mencionado, que diz respeito à **ausência da participação das pessoas com deficiência psicossocial e de seus familiares no processo de elaboração e acompanhamento dos PTSs**. A exclusão desses sujeitos do planejamento de seu próprio cuidado reitera a estrutura autoritária, tutelar e patologizante do modelo manicomial, esvaziando por completo a noção de singularidade e de participação democrática que deve orientar a atenção psicossocial.

Nos estabelecimentos inspecionados, foram numerosos os relatos de pessoas em internação que desconhecem a existência do PTS, nunca participaram de sua elaboração e não são informadas sobre seus conteúdos ou finalidades. No *HPJJV (MG)*, os documentos analisados evidenciaram que não há registro de participação das pessoas em internação ou de seus familiares, tampouco de diálogo com os serviços do território. Na *PPF (PB)* e na *UPCT (RN)*, os internos entrevistados também relataram

desconhecimento absoluto do que é o PTS e ausência total de participação nas decisões sobre medicação, atividades ou perspectivas de alta, aspectos que comprometem a eficácia de um importante instrumento de trabalho em favor do processo de desinstitucionalização e promoção do cuidado:

Uma fonte relatou que não é permitido que as pessoas internadas tenham acesso ao PTS ou ao prontuário. A leitura dos PTS também evidencia que, em praticamente todos os casos, não há participação das internas e/ou de suas famílias na construção desses planos terapêuticos, o que enfraquece a proposta de cuidado integral e individualizado.

[Relatório CRP 04 - HP]JV – Barbacena/MG]

Os usuários entrevistados relataram que não receberam informações sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e que desconhecem. [...]

A falta de informações sobre o PTS, como mencionado pelos usuários, pode ser um fator crucial na limitação da autonomia, uma vez que o conhecimento e a participação ativa são essenciais para o protagonismo do sujeito em seu projeto de cuidado.

[Relatório CRP 13 - PPF – João Pessoa/PB]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição] Relatou que não lhe foi apresentado o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Disse não saber o que é. Relatou que participava do projeto escola, onde desenha e gostava, e que tiraram ele dessa proposta sem dar nenhuma explicação. Mencionou que não participa da decisão e que eles quem escolhem tudo (remédio etc.).

[Relatório CRP 13 - PPF – João Pessoa/PB]

Quando questionado sobre seu Plano de Tratamento Singular, ele afirmou não conhecer essa palavra, nem as semelhantes que a equipe de visita utilizou para fins de tradutibilidade do termo técnico.

[Relatório CRP 17 - UPCT – Natal/RN]

Mesmo em instituições que formalizam o uso do PTS, como o *HCTP-SC* ou o *CIAPS Adauto Botelho (MT)*, a realidade observada pelas equipes de inspeção é de que os usuários não são convocados a participar do planejamento de suas trajetórias, e os familiares, quando presentes, têm papel apenas figurativo. Em muitos desses casos, os profissionais relatam dificuldades estruturais, escassez de equipe e ausência de espaços organizados para o exercício da escuta e da construção coletiva do plano:

As trabalhadoras também mencionaram a falta de recursos [...] o que dificulta a construção do PTS de forma colaborativa entre a equipe e o interno.

[Relatório CRP 12 - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP) – Florianópolis/SC]

Persiste a dificuldade de participação das famílias no acompanhamento terapêutico, na construção do PTS e na articulação junto ao sistema de justiça para a desinstitucionalização, o que permanece como um desafio para a unidade.

[...]

Sobre a participação dos usuários e de seus familiares na construção e atualização do PTS, nenhum entrevistado declarou ter conhecimento do seu próprio projeto terapêutico. Relataram que não participam da definição do tratamento, tampouco possuem informações sobre sua evolução. Também não foi relatada a participação de seus familiares no processo de construção do PTS.

[...]

Nenhum dos entrevistados relatou a existência de um plano terapêutico com atividades individuais ou em grupo, tampouco atividades educacionais, profissionalizantes ou comunitárias.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

3.6.14 Ausência de informações

A ausência de informações acessíveis e significativas sobre a própria situação institucional, jurídica e de saúde das pessoas com deficiência psicossocial internadas é produto do apagamento sistemático da condição de sujeitos de direitos promovido pelas instituições de características asilares

dentre as quais se encontram os manicômios judiciários. Longe de ser um déficit técnico ou documental, essa faceta manicomial se contrapõe às diretrizes de singularização do cuidado e valorização de estratégias de convívio em liberdade.

No *HPJJV (MG)*, a gestão afirmou que **não realiza tabulação ou sistematização de dados sobre raça, deficiência, gênero ou condição jurídica das pessoas internadas, sob a justificativa de que “não usam para nada”**. O desprezo por esses marcadores - que deveriam orientar o cuidado, a proteção de direitos e o acompanhamento processual - evidencia o grau de descompromisso institucional com a produção de dados para a promoção de estratégias de desinstitucionalização e para o enfrentamento de determinantes sociais das vulnerabilidades específicas às deficiências e suas intersecções com outras dimensões vivenciadas pelas pessoas em internação:

Sobre a distribuição quantitativa geral de públicos específicos (LGBTs, migrantes, pessoas idosas, pessoas grávidas, pessoas com problemas com álcool e outras drogas, pessoas com outras deficiências adicionais) ou de condições diversas (pessoas que estão interditadas, pessoas que têm curador(a), pessoas que já tiveram medida de segurança sentenciada, pessoas que estão aguardando sentença, pessoas que estão aguardando realização de laudo), a gestão informou que não possuem tabulação desses dados, pois “não usam para nada”.

[Relatório CRP 04 - HPJJV – Barbacena/MG]

No *CPJ (AL)*, os PTS não continham nenhuma informação sobre raça/cor, bem como outros aspectos das identidades e trajetórias dos sujeitos nos quais à observância à intersecção de aspectos de gênero, raça/etnicidade, sexualidade/identidade de gênero ou geração estivessem presentes, o que também notamos no *CIAPS Adauto Botelho*, em Cuiabá (MT).

A despeito da presença negra visível das pessoas com deficiência psicossocial à maioria das unidades inspecionadas, ausência de empenho na organização e disponibilização de tais dados para a formulação de políticas pertinentes ao segmento, aponta para a produção ativa de um **anonimato institucional racializado**:

Na observação, notamos que entre os internos homens a maioria eram pessoas pretas e pardas, já as duas internas eram mulheres brancas. Nos documentos os quais obtivemos acesso não estava indicada a autodeclaração referente a raça/cor, nem mesmo isso demonstrou ser um aspecto relevante na elaboração do PTS. As questões interseccionais de raça, gênero, sexualidade e geração não se apresentaram como aspectos importantes na construção de ações em saúde do acompanhamento, limitada a separação de alas em masculino e feminino, envio de itens básicos de higiene e justificativa de limpeza e organização em razão do gênero.

[Relatório CRP 15 - Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ)
– Maceió/AL]

Não se identificou atenção específica da equipe às interseccionalidades. O desafio de desconstruir a imagem de periculosidade atribuída às pessoas em medida de segurança permanece presente no cotidiano da instituição.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Aduino Botelho – Cuiabá/MT]

Em outra dimensão desse controle institucional sobre as informações apagadas ou suprimidas, o relatório do *CIAPS Aduino Botelho (MT)* revela ainda que recorrentemente as pessoas institucionalizadas não sabem por que estão internadas, por quanto tempo, sob qual regime jurídico, nem a que diagnóstico implica seu tratamento:

[entrevistado em internação na instituição inspecionada] Relatou que, na transferência, o policial do presídio apenas disse que o estava levando para realizar um exame, sendo surpreendido com a internação no CIAPS Aduino Botelho. Nenhum dos entrevistados afirmou ter acesso a informações sobre seu processo judicial, tempo de internação ou detalhes sobre o tratamento psiquiátrico.

[...]

Três dos entrevistados disseram desconhecer o seu diagnóstico.

[...]

Verificou-se que a ausência de informações sobre o diagnóstico multiprofissional, a evolução do tratamento médico e o andamento dos processos judiciais, especialmente em relação ao tempo de permanência na unidade, gera sofrimento significativo aos internos. Todos os entrevistados questionaram a equipe de inspeção sobre essas informações, o que demonstra a carência de orientação por parte da equipe multiprofissional. Observou-se, ainda, que alguns não estavam devidamente esclarecidos sobre o funcionamento da instituição e sobre o tratamento psiquiátrico a que estão submetidos.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Aduino Botelho – Cuiabá/MT]

3.6.15 Ausência de atividades terapêuticas ou atividades externas

A ausência ou precariedade de oferta de atividades terapêuticas, educativas, culturais, esportivas e de socialização nas instituições inspecionadas demonstra com contundência a incompatibilidade entre um projeto de cuidado e o desempenho das instituições inspecionadas. Nos ECTPs, hospitais psiquiátricos, alas psiquiátricas em presídios e comunidades terapêuticas, as pessoas com deficiência psicossocial em privação de liberdade são submetidas a longos períodos de ociosidade, negligência e isolamento, em flagrante violação aos princípios da Política Nacional de Saúde Mental, reiterando a demonstração de que os manicômios judiciais e suas instituições congêneres de características asilares não são lugares apropriados para a reabilitação e a garantia do direito à saúde das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Em unidades como o *HPJJV (MG)* e a *PPF (PB)*, as inspeções assinalam a inexistência de qualquer programa estruturado de atividades: não há oficinas, não há acompanhamento em grupo, não há acesso à educação ou espaços terapêuticos que promovam vínculo, expressão ou autonomia. A única rotina existente limita-se à limpeza da cela e ao banho de sol. Mesmo nas instituições que alegam a existência de atividades, como no *HCTP-SP* ou no *CPJ (AL)*, as inspeções demonstraram que as ações são episódicas, restritas a alguns internos ou a datas comemorativas, sem continuidade e sem planejamento individualizado.

Nos manicômios judiciais do *CMP (PR)*, do *CSP (PE)*, e, na Bahia, o *HCT-BA*, gestores e profissionais afirmam que **não ser possível a organização de atividades terapêuticas** em grupo e a aplicação dos PTSs, além de relatos dos internos de sentimento de abandono e desamparo. Em alguns casos, os momentos de conversa com a equipe de inspeção foram descritos como experiências raras de escuta, revelando o vazio relacional das rotinas institucionais:

As atividades são realizadas na sala ampla do setor técnico e nos pátios administrativo e técnico. No entanto, muitas atividades estão interrompidas desde a saída do(a) profissional de Terapia Ocupacional. Uma fonte informou que esse(a) profissional saiu no final de 2023.

[...] Uma pessoa entrevistada afirmou que não existem passeios ou atividades externas, “isso não acontece”.

[...] Enquanto a gestão afirmou que os internos participam das diversas oficinas disponibilizadas pela instituição ao longo do dia, em conformidade com um projeto institucional e com os PTS de cada um deles, outros profissionais entrevistados afirmaram que a disponibilidade de oficinas tem sido escassa e os internos permanecem em ócio durante o dia.

[Relatório CRP 04 - HPJJV – Barbacena/MG]

O projeto Arte e Vida é conduzido pela Terapeuta Ocupacional, ausente no momento da visitação, e foi apresentado pela equipe presente como um projeto de atividades lúdicas e educativas para os internos “mais prejudicados” (psiquicamente). Informam que o espaço e os recursos que o projeto dispõe não atende aos demais internos, com exceção de um evento anual em que todos podem participar. A instituição não dispõe de outras atividades de reabilitação psicossocial conduzidas pela equipe técnica, apenas oferece aos internos grupos realizados através de parcerias com Grupos de Autoajuda e entidades religiosas.

[...]

Quanto aos atendimentos pela equipe multiprofissional, informam que ocorrem individualmente, atendendo solicitações das próprias pessoas internadas, dos demais técnicos (geralmente dos médicos), e também dos agentes penitenciários (a partir de observações dos comportamentos no cotidiano). Também existe uma lista de usuários de cada uma das duas “duplas técnicas” (Psicóloga e Assistente Social) que conduz agendamentos de atendimentos de rotina. A psicóloga entrevistada no início da visita informou que realiza uma média de 8 atendimentos individuais por dia e negou haver atendimentos em grupos, justificando-se pelo déficit de funcionários e dificuldade na oferta desses.

Verificou-se um cronograma semanal de atividades coletivas (Projeto Arte e Vida, Reuniões de grupos de auto ajuda, como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Neuróticos Anônimos, Atividades religiosas), que são de participação voluntária, e no qual havia atividades que não foram elucidadas pelas servidoras entrevistadas, demonstrando desconhecimento.

[Relatório CRP 06 - HCTP Dr. Arnaldo Amado Ferreira – Taubaté/SP]

Os usuários entrevistados relataram que não receberam informações sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e que desconhecem. Durante as entrevistas, não foi possível identificar a promoção de autonomia e protagonismo na atenção psicossocial que esses sujeitos necessitam. Os relatos indicam que o cuidado em saúde é centrado na atenção de profissionais médicos, psicólogos e enfermeiros; no entanto, segundo as informações fornecidas, há um intervalo significativo entre as consultas, o que pode resultar em uma ausência prolongada de acompanhamento.

A atenção psicossocial aos usuários revela uma lacuna considerável na oferta de atividades e oficinas destinadas a pessoas com deficiência psicossocial, o que compromete a efetividade do suporte necessário a esse público. Foi mencionada também a ausência de articulação em rede de serviços, restringindo-se a um formato de instituição total que, conseqüentemente, pode segregar e cronificar a situação do sujeito. Um relato de um usuário de 22 anos apontou que ele não pôde mais participar de um projeto voltado para a educação, pois um funcionário decidiu que ele não poderia continuar.

[...]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição] Mencionou que já participou de uma atividade escolar, realizando pintura e desenho, e a professora palestra e ensina. Mas relatou que não o chamaram mais, foi só uma vez. Disse que não tem curso profissionalizante.

[Relatório CRP 13 - Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) – João Pessoa/PB]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição] Quando foi questionado sobre a unidade dispor de tratamentos externos para outras questões de saúde que ele tinha, afirmou que nunca havia saído para atendimento em saúde fora da unidade.

[...]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição] Sobre as suas atividades do dia a dia dentro da UPCT [...] afirmou que elas se resumem à limpeza da sua cela/leito, lavagem das roupas e banho de sol, alegando que não existem outras atividades na unidade.

[Relatório CRP 17- Unidade Psiquiátrica de Tratamento e Custódia (UPCT) – Natal/RN]

Foi relatada uma limitação de materiais para a realização de oficinas e atividades pela equipe técnica, pois a instituição disponibiliza recursos limitados. Há também limitações que se referem à estrutura física e a própria logística[...]

A construção do Plano Terapêutico Singular é realizada, mas não de forma completa. Pelo já exposto em outros campos deste relatório, a estrutura arquitetônica e a composição da

equipe são bastante reduzidas e precárias. Não existe a possibilidade de atendimentos mais particularizados no que diz respeito às atividades lúdicas, esportivas, culturais.

[Relatório CRP 19 - Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP) – Aracaju/SE]

O CPJ fica localizado no Complexo Penitenciário, junto a outros espaços destinados a pessoas em conflito com a lei. Esse complexo é afastado do centro urbano e não possui contato com a comunidade local, não sendo identificados transportes públicos em circulação no local. Também não há a realização de passeios externos.

[...]

No dia a dia, os internos contam com acesso ao pátio e áreas comuns, com atividades grupais mensais organizadas pelos profissionais de saúde mental, as atividades de lazer são restritas ao espaço do CPJ, a última saída, que era anual, para as praias da cidade, teve como último momento o ano de 2023.

De acordo com a funcionária, já houve atividades escolares na unidade, o que não é a realidade atual. Assim como não há atividades profissionalizantes, pensando no retorno ao mercado de trabalho. A equipe de desinstitucionalização instituída anteriormente diminuiu a frequência das visitas e reduziu significativamente o quantitativo de sua composição.

[Relatório CRP 15 - Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ) – Maceió/AL]

A psicologia e a terapia ocupacional desenvolvem algumas ações ao longo do ano, selecionam grupos por não ser viável realizar com todos de uma só vez. Essa divisão se dá conforme a psicóloga informa "de acordo com as particularidades de cada um". Tanto a não realização do PTS, quanto às limitações para o desenvolvimento de atividades diversas são por conta de questões orçamentárias, segundo a psicóloga.

[Relatório CRP 03 - Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia (HCT-BA) – Salvador/BA]

De acordo com a direção do CMP, não é possível organizar atividades terapêuticas em grupo ou outras formas de atividades de cunho terapêutico ou com finalidade de intervenção terapêutica.

[Relatório CRP 08 - Complexo Médico Penal (CMP) – Pinhais/PR]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição diz que] O Policial Penal não deixa o acesso direto aos profissionais de saúde, apenas quando são chamados pelos próprios profissionais. Não há regularidade nos atendimentos de saúde e nem a realização de atividades de grupos ou oficinas.

[...]

A unidade não oferece licença terapêutica, devido à natureza dos serviços prestados.

[Relatório CRP 02 - Centro de Saúde Penitenciário (CSP) – Abreu e Lima/PE]

A ausência de profissionais tem impacto no provimento de cuidado, o que é percebido pelos internos. Eles relataram sentir falta das aulas de atividade física, e relatam que o acesso aos profissionais da Psicologia, Serviço Social e Odontologia é moroso.

[...]

As trabalhadoras também mencionaram a falta de recursos e de atividades diversas e terapêuticas disponíveis para os pacientes, o que dificulta a construção do PTS de forma colaborativa entre a equipe e o interno. Além disso, há dificuldades em reunir a equipe para essa construção, tornando o processo ainda mais desafiador.

[...]

Relatos dos internos evidenciam a escassez de atividades na rotina da instituição. Eles permanecem em seus quartos até o momento em que são autorizados a sair, alternadamente, um dia no período da manhã e outro à tarde. No pátio, a organização das atividades é feita por eles mesmos, com jogos, como baralho e dominó, além de exercícios, como flexões ou levantamento de pesos.

[...]

Eventualmente, de acordo com os internos são realizadas atividades como sessões de cinema, organizadas pela psicóloga, e pequenas comemorações em datas festivas. Essas iniciativas, no entanto, são raras. Os internos também mencionaram que, anteriormente, podiam manter rádios consigo, mas essa possibilidade foi retirada com a nova gestão da unidade. Há um equipamento de som no corredor dos quartos, mas ele está quebrado.

[...]

A falta de atividades estruturadas pode levar ao sentimento de abandono e desamparo. Pelo relato dos internos, não ficou estabelecida uma periodicidade dos atendimentos da equipe técnica. Os atendimentos muitas vezes dependem da solicitação dos internos. Durante nossa entrevista com os internos, surgiu na fala de um entrevistado a importância de estar naquele momento conosco “conversando” (sic), acontecimento que lhe parecia raro, o que evidencia a carência de espaços de escuta e troca dentro da instituição.

[...]

Outra diferença observada está relacionada às atividades terapêuticas e de lazer. Segundo a gestão, há oferta de saídas terapêuticas e atividades externas organizadas pela equipe técnica. Em contrapartida, os internos relataram escassez de atividades e a falta de estruturação na rotina, dependendo de iniciativas individuais dos agentes para ouvir música ou organizar jogos.

[Relatório CRP 12- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP) – Florianópolis/SC]

Dentre as comunidades terapêuticas inspecionadas, caso da *CT Novo Amanhecer (MS)*, por exemplo, o acesso pelas pessoas em internação se restringe à leitura de livros religiosos, sem atividades terapêuticas estruturadas. Nos hospitais psiquiátricos como o *CIAPS (MT)*, embora existam menções a atividades dentro do Projeto Técnico Institucional, a equipe local de inspeção notou que a maior parte dos usuários permanece sem participar de qualquer ação significativa, passando os dias entre o pátio, o cigarro e a medicação. No *Conjunto Penal de Brumado (BA)*, dentre as unidades prisionais comuns, um interno com diagnóstico de deficiência psicossocial relatou uma rotina marcada por silêncio, reclusão individual e ausência completa de atividades estimulantes ou de convívio social:

A unidade não oferece atividades terapêuticas ou educativas, exceto o acesso à biblioteca, cujo acervo é composto, em sua maioria, por livros de cunho religioso.

[Relatório CRP 14 - Comunidade Terapêutica “Novo Amanhecer” – Campo Grande/MS]

Embora haja previsão de atividades destinadas aos usuários e aos profissionais, não foi possível constatar, de maneira clara, que os internos participem de atividades que contemplem suas singularidades. Durante a observação de campo, a equipe verificou que a maior parte dos usuários permanecia sem participar de qualquer atividade.

Embora a equipe relate que, no âmbito do PTI, há efetividade nas atividades diárias, desenvolvidas tanto em grupo quanto individualmente com os usuários, também foi informado que há carência de materiais artísticos para a realização dessas atividades. Em decorrência disso, cabe à própria equipe técnica e às famílias dos usuários suprir a demanda por tais materiais. Nas atividades de psicomotricidade, a ausência de itens como bolas, cordas, jogos e brinquedos foi igualmente relatada.

[...]

Quanto à rotina institucional, todos relataram uma sequência diária semelhante: acordar, café da manhã, medicação, fumar, lanche, dormir, almoço, medicação, dormir, lanche, dormir, jantar, fumar, medicação e dormir novamente. Um entrevistado relatou que permanece dormindo praticamente o dia inteiro há 40 dias.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

O entrevistado [com demanda diagnóstica e clínica de deficiência psicossocial] relatou [...] ao ser questionado sobre sua rotina [na unidade prisional], ele informou que após acordar, pela manhã, lava o rosto e a boca somente com água, se alimenta e deita novamente; levanta-se para almoçar e deita-se novamente até o lanche da tarde; após a janta, aguarda o medicamento da noite que é entregue pelas enfermeiras e depois, se deita para dormir. [...] Não toma banho de sol frequentemente e quando o faz, está sozinho no pátio. Dessa forma, percebe-se que na sua rotina não há atividades estimulantes, além disso, ele não compartilha cela e possui poucos momentos de interação com outras pessoas.

[Relatório CRP 03 - Conjunto Penal de Brumado – Brumado/BA]

3.6.16 Precariedade de articulação externa para desinstitucionalização

Fundamental à consecução da Política Antimanicomial no Poder Judiciário, a desinstitucionalização dos manicômios judiciais exige a existência de articulação efetiva com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em intersectorialidade com os serviços de assistência social, educação, habitação e trabalho, entre outros. O que se observou nas inspeções, no entanto, foi a predominância de um quadro de isolamento das instituições em relação ao território e à rede de cuidado, outra manifestação sintomática das características asilares das instituições inspecionadas.

A negação da desinstitucionalização não se dá apenas pela ausência de fluxos formais de saída, mas pelo próprio esvaziamento do conceito de cuidado como experiência territorializada e compartilhada em rede. No *HPJJV*, em Barbacena (MG), a direção da unidade declarou, de forma explícita: “não fazemos nada além do muro aqui”. A afirmação - que também aparece em outro lugar, no *Presídio Salvador* (BA) -, repetida por diversos membros da equipe, sintetiza a institucionalização como destino e não como exceção:

A gestão afirma que a grande dificuldade para a desinstitucionalização é a falta de um local para abrigar este paciente no território [...] mas que a possibilidade de atuação é somente interna, que não existe possibilidade de articulação externa para possibilitar este retorno do paciente à sociedade.

[...]

Por mais de uma vez, integrantes da equipe disseram que o trabalho realizado é “dentro da unidade”. A própria gestão chegou a dizer no primeiro dia da visita monitorada: “Não fazemos nada além do muro aqui”. Tais pontos evidenciam que a instituição não trabalha para que seja efetivado um trabalho de desinstitucionalização.

[Relatório CRP 04 - HPJJV – Barbacena/MG]

Sobre o trabalho em rede, afirma que este existe apenas internamente, mas não existe de forma externa.

[Relatório CRP 03 - Presídio Salvador – Salvador/BA]

A mesma lógica foi identificada no *Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros*, no Rio de Janeiro (RJ), onde a equipe de inspeção identificou não haver qualquer planejamento institucional

voltado à reintegração social, em particular após a liminar concedida pelo Ministro Flavio Dino, do STF, em suspensão à interdição parcial da instituição:

A unidade se caracteriza como uma porta de entrada e não de saída. Não há indicação nítida de projeto institucional, tampouco de ações sólidas para a efetivação da desinstitucionalização conforme preconizado pelo CNJ. Parece que o efeito prático da indicação do STF, sobre a unidade, não apenas reabre as portas de entrada do manicômio judiciário como fragiliza qualquer perspectiva de práticas que indiquem outro horizonte de cuidado.

[Relatório CRP 05 - Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros – Rio de Janeiro/RJ]

No *Centro de Custódia Novo Horizonte (CCNH)*, em Macapá (AP), todos os internos estavam há mais de um ano na unidade, muitos com pena já extinta, sem qualquer política de reinserção ou encaminhamento. A ausência de articulação com a RAPS e a inexistência de equipamentos de apoio à desinstitucionalização no estado, como Residências Terapêuticas, gera o prolongamento indefinido das internações das pessoas com deficiência em privação de liberdade:

A instituição não contempla nenhum projeto de desinstitucionalização e inserção social, tanto que todos os internos já estão há mais de um ano no local, a maioria já está há um longo período de tempo, o mais antigo já se encontra no local há 22 anos, muitos deles já cumpriram a sua pena, fato que levou inicialmente a privação de liberdade, mas por não existir um projeto de reinserção social ou rede de encaminhamento no estado, como Residências Terapêuticas, os mesmo permanecem na instituição, mesmo contra a sua vontade.

[Relatório CRP 10 - Centro de Custódia Novo Horizonte (CCNH) – Macapá/AP]

No *Complexo Médico Penal do Paraná (CMP)*, a única articulação externa identificada é com o hospital de referência para cirurgias. Não há qualquer integração com CAPS, atenção básica ou assistência social de referência para a desinstitucionalização das pessoas com deficiência psicossocial custodiadas na instituição:

A Direção da unidade também relatou que não há interface com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo a relação em rede apenas para a unidade de saúde de referência para encaminhamentos como cirurgias. Mas, mesmo esse sistema não parece funcionar adequadamente.

[Relatório CRP 08 - Complexo Médico Penal (CMP) – Pinhais/PR]

A mesma precariedade é percebida entre os hospitais psiquiátricos. Tanto o *CIAPS Adauto Botelho (MT)*, como o *Hospital Especializado Lopes Rodrigues - HELR*, em Feira de Santana (BA), vem sendo utilizados para a internação de pessoas com deficiência em conflito com a lei, a despeito de suas fragilidades persistentes na condução de estratégias de desinstitucionalização:

Não só há um déficit nos serviços substitutivos do município, como também os equipamentos menos complexos têm referenciado os usuários para acompanhamento ambulatorial no HELR, o que foge ao escopo de atribuições do hospital, e a contrarreferência não tem sido bem sucedida.

[Relatório CRP 03 - Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELR) – Feira de Santana/BA]

A articulação com a RAPS é parcial, com fragilidades nos encaminhamentos sistemáticos para serviços comunitários. Observou-se também deficiências na relação entre o CIAPS e as EAPs (equipes multiprofissionais para avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no SUS). Não foram identificadas estratégias efetivas para desinstitucionalização.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

3.6.17 Transinstitucionalizações

A precariedade da articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) favorece a consolidação da transinstitucionalização, o deslocamento indevido de pessoas com deficiência psicossocial entre diferentes instituições asilares - de hospitais de custódia para hospitais psiquiátricos, para comunidades terapêuticas, de alas psiquiátricas para novas unidades prisionais comuns - **sem que nenhuma dessas passagens representem uma diretriz efetiva de cuidado em liberdade e de integração ao território e convivência em comunidade**, em contrariedade à Resolução CNJ n. 487/2001 (art. 13, §1º), que reafirma os dispositivos da Lei n. 10.216/2001:

§1º A internação, nas hipóteses referidas no caput, será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps, cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os HCTPs ou equipamentos congêneres, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral

à saúde da pessoa ou de possibilitar o exercício dos direitos previstos no art. 2º da Lei n. 10.216/2001.

Ao invés de romper com a lógica da institucionalização prolongada, o Estado apenas desloca e realocaliza os corpos, mantendo-os sob vigilância e segregados. Esse circuito fragmentado e contínuo de internações sucessivas não representa uma política de cuidado, mas uma **gestão da permanência institucional**, que ameaça a desinstitucionalização efetiva por uma retórica burocrática onde se repetem as dinâmicas de despersonalização e violência identificadas nos manicômios e prisões. No decorrer das inspeções realizadas, foram identificadas algumas evidências desse fenômeno.

No caso da *Bahia*, a interdição parcial do *HCT-BA* provocou a transferência direta das pessoas custodiadas para o *HELRL* (Hospital Especializado Lopes Rodrigues), hospital psiquiátrico de Feira de Santana (BA). No *CIAPS Adauto Botelho (MT)*, as pessoas em internação no hospital psiquiátrico relatam múltiplas passagens por instituições distintas, incluindo *comunidades terapêuticas onde relatam sofrerem trabalho forçado*, além de internações em hospitais psiquiátricos e presídios.

No estado, equipe local de inspeção indica a presença de pessoas com deficiência psicossocial em privação de liberdade em outras unidades penais, além de listas de espera de encaminhamento das prisões para o hospital psiquiátrico, indicando a transinstitucionalização como um **sintoma recorrente na trajetória das pessoas com deficiência psicossocial e que requer esforço adicional das políticas em curso para sua superação:**

Com a interdição parcial do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado da Bahia (HCT), os casos de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei começaram a ser redirecionados para o HELRL, o que fez com que fosse necessário um diálogo mais frequente com uma assistente social específica do hospital para que fosse pensado um melhor manejo e cuidado. Esse inclusive parece ser um ponto de tensionamento entre os trabalhadores do Lopes Rodrigues, que afirmaram reiteradamente a impossibilidade de seguirem atendendo aos pacientes públicos do HCT, já que não há equipe que passou por treinamento para tal público, a estrutura do hospital não foi adaptada nesse sentido, e nem possuem recursos para dar o suporte adequado a ressocialização.

[Relatório CRP 03 - Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELRL) – Feira de Santana/BA]

Destacamos que ainda há pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei cumprindo medida de segurança dentro do sistema prisional.

[...] após permanecerem por tempo indeterminado no sistema prisional, as pessoas em medida de segurança são encaminhadas à Unidade II para receber tratamento [...] Contudo, permanecem novamente em um espaço que remete à experiência carcerária. Ressalta-se que o tempo de permanência no sistema prisional também é indefinido e que a Unidade II possui uma lista de espera para encaminhamento, acompanhada pela EAP.

[...]

Um dos entrevistados relatou já ter sido internado três vezes na unidade, além de quatro internações no Hospital Paulo de Tarso, em Rondonópolis-MT, e uma em uma comunidade terapêutica, onde afirma ter vivido situação de trabalho análogo à escravidão.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

Outro aspecto crítico identificado é a persistência da atuação de segmentos do Poder Judiciário em sentido contrário à política de desinstitucionalização de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei. Apesar dos importantes direcionamentos expressos pela Resolução CNJ n. 487/2023 que orientam a estratégia para o cuidado em liberdade, a realidade observada em algumas instituições indica que a atuação judicial segue sendo entrave à superação da lógica manicomial.

Ao desconsiderar pareceres técnicos das equipes multiprofissionais e das Equipes de Avaliação e Acompanhamento (EAPs), o Judiciário perpetua a manutenção indevida de internações, prolonga o confinamento de pessoas com condições de cuidado ambulatorial e reforça o estigma de periculosidade. A morosidade dos processos e a ausência de revisão periódica das medidas de segurança foram apontadas como fatores de prolongamento indevido de internações.

No *Hospital de Custódia e Tratamento (HCT-BA)*, em Salvador, as equipes de inspeção tiveram relatos alarmantes da atuação do judiciário no encaminhamento de pessoas com deficiência psicossocial transinstitucionalizadas do manicômio judiciário para unidades prisionais comuns, além da determinação judicial de cumprimento compulsório das medidas de tratamento ambulatorial, impondo condicionalidades e sanções ao descumprimento das medidas que reforçam o caráter punitivo, em descumprimento às determinações da Resolução CNJ n. 487/2023, art.12º, §4º, que preconiza o caráter não punitivo das medidas de tratamento prescritas. No *CIAPS Adauto Botelho (MT)*, os profissionais relataram resistência sistemática do Judiciário em aceitar pareceres de alta, além da exigência reiterada de laudos de cessação de periculosidade mesmo quando já havia estabilidade clínica e plano de desinstitucionalização. Em alguns casos, o Judiciário impõe condutas clínicas, como a eletroconvulsoterapia (ECT), mesmo diante de quadro estável e ausência de evolução clínica que justifique tal intervenção:

Conforme informado pela psicóloga, há um controle das pessoas desinstitucionalizadas do HCT/BA, porém este relatório fica com a assistência social e o acesso não foi viabilizado. Foi descrito que, por vezes, as pessoas em privação de liberdade são transferidas para o sistema prisional por determinação de um juiz, mesmo quando há indicação de desinstitucionalização. Foi descrito que por vezes a decisão do juiz não condiz com a indicação a partir de parecer e relatório técnico da equipe de saúde do HCT/BA.

“A gente só sabe no dia que o paciente vai ser transferido. [...] O juiz que determina. Então assim, normalmente a gente recebe a notificação de que o paciente precisa ser transferido e eles dão um prazo para a transferência e precisa ser cumprido, não se há muito um diálogo sobre isso, é uma decisão judicial mesmo” (Psicóloga - HCT/BA).

[...] chamou a atenção a condução do processo de desinstitucionalização, na forma de dialogar com as pessoas em privação de liberdade, como quando ela diz que "o juiz libera para um tratamento externo, mas eles ainda ficam vigiados".

[Relatório CRP 03- Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia (HCT-BA) – Salvador/BA]

No tocante à articulação das atividades da equipe no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), um dos principais entraves relatados refere-se às altas terapêuticas. Segundo informações, o Poder Judiciário tem demonstrado resistência em aceitar os relatórios técnicos que recomendam a alta de determinados pacientes, especialmente em casos de maior repercussão midiática. Em algumas situações, o Judiciário exige laudos que comprovem a cessação de periculosidade e, mesmo diante da recomendação técnica pela alta, nega a autorização para a liberação do paciente. A equipe relatou que, mesmo diante do envio de documentos fundamentados que atestam a necessidade de alta, tais pareceres têm sido desconsiderados. Em um caso específico, mencionou-se um paciente sem sinais de evolução clínica, para o qual está sendo cogitada a realização de eletroconvulsoterapia, conforme determinação judicial. [...]

Há um apontamento importante em relação ao Plano de Acompanhamento de Egressos de Internação. As pessoas em medida de segurança dependem de uma tramitação judicial morosa para que sua desinstitucionalização seja efetivada. Observa-se que a internação dessas pessoas no CIAPS se prolonga além do necessário, uma vez que a equipe precisa comunicar o sistema de justiça e aguardar a decisão judicial, a qual, segundo relatos, não parece ser tratada como prioridade pelo Judiciário.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

A crítica estende-se às **internações compulsórias determinadas por juízes e com a conivência do Ministério Público**, muitas vezes com prazos pré-fixados, desconsiderando a importância da reavaliação clínica contínua e do plano de cuidado em liberdade, destituindo as equipes multiprofissionais e o trabalho em rede na participação das estratégias de cuidado. No *HOSMAC (AC)* e no *HELRL (BA)*, foram registrados casos de internação compulsória por sentença judicial, sem previsão de avaliação técnica da equipe de saúde ou possibilidade de revisão judicial fundamentada em laudo atualizado. Em Palmas (TO), inspeção à *Clínica de Tratamento “Luz”* identificou um adolescente em internação em longa permanência por determinação judicial, em negligência aos preceitos da Política Nacional de Saúde Mental e ao Estatuto da Criança e do Adolescente:

As atividades de inspeção revelaram graves preocupações quanto ao funcionamento do Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC), particularmente no que tange à internação compulsória. Observou-se que, nesses casos, a decisão de desinternação cabe exclusivamente ao juiz, sem que haja um processo de avaliação contínua da necessidade clínica da permanência da pessoa internada.

[Relatório CRP 24 - Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre (HOSMAC) – Rio Branco/AC]

O grande desafio enfrentado pela equipe tem sido o manejo da relação com o sistema judiciário, quando são emitidas decisões judiciais para internação compulsória com tempo de permanência já estabelecido (às vezes 30 ou 90 dias), o que restringe a autonomia do profissional de saúde e da própria instituição.

[...] Está em curso um processo de “reinstucionalização” e que há uma sobreposição das decisões judiciais sobre os pareceres médicos, havendo anuência dos tribunais e do Ministério Público sobre o encaminhamento judicial de pessoas para a Unidade com determinação de permanência em sentença por dois ou três meses, o que fere a legislação e as normativas que regem o cuidado em saúde mental atuais. Relatou[-se] que fecharam o HCT, mas passaram a encaminhar casos de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei para lá [...] há um interno apenado, cumprindo sentença dentro do hospital, após ter migrado da unidade prisional para o Hospital por ter passado por perícia na unidade e terem verificado doença de base.

[Relatório CRP 03 - Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELRL) – Feira de Santana/BA]

Há um adolescente que está há mais de quatro anos por determinação judicial

[Relatório CRP 23 - Clínica de Tratamento “Luz” – Palmas/TO]

Frente a esse cenário, é fundamental que o Poder Judiciário **alinhe sua atuação à implementação da desinstitucionalização das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei**, garantindo a primazia dos pareceres das equipes técnicas multiprofissionais, com a revisão regular das medidas de segurança, evitando o emprego de internações compulsórias e referenciando aos dispositivos da RAPS e à atuação em rede as demandas de cuidado das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, observando o disposto no art. 12, *caput* e §1º da Resolução CNJ n. 487/2023:

Art. 12. A medida de tratamento ambulatorial será priorizada em detrimento da medida de internação e será acompanhada pela autoridade judicial a partir de fluxos estabelecidos entre o Poder Judiciário e a Raps, com o auxílio da equipe multidisciplinar do juízo, evitando-se a imposição do ônus de comprovação do tratamento à pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial.

§1º O **acompanhamento da medida levará em conta o desenvolvimento do PTS e demais elementos trazidos aos autos pela equipe de atenção psicossocial**, a existência e as condições de acessibilidade ao serviço, a atuação das equipes de saúde, a vinculação e adesão da pessoa ao tratamento.

3.6.18 Restrição e violação dos vínculos familiares: visitas e revistas vexatórias

Entre as justificativas frequentemente mobilizadas para manter pessoas com deficiência psicossocial em internação por tempo indeterminado nas instituições, figura o argumento da “fragilidade dos vínculos familiares e comunitários”. Contradição flagrante é, no entanto, a prática cotidiana dos manicômios judiciais e instituições congêneres, em que se observa uma **estrutura ativa de restrição, bloqueio e violação da convivência familiar às pessoas com deficiência psicossocial em privação de liberdade**.

As inspeções revelaram que o exercício do direito à visita — componente essencial do cuidado e da reintegração psicossocial, em que tem parte a família e a comunidade a que pertencem as pessoas em internação — é negligenciado pelo constrangimento das regras institucionais. Essas regras impõem calendários limitados, exigências burocráticas, espaços sem privacidade e controle ostensivo

de policiais penais e seguranças. Isso ocorre mesmo diante das circunstâncias em que as pessoas com deficiência em privação de liberdade com visitantes sejam esporádicas ou reduzidas.

É o caso, entre os hospitais psiquiátricos, do *CIAPS Aduino Botelho*, em Cuiabá (MT). Nos manicômios judiciários da *Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP)*, em Aracaju (SE), e do *Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ)*, em Maceió (AL), as visitas ocorrem em pátios abertos, sem qualquer estrutura de acolhimento ou respeito à intimidade:

As visitas na unidade podem ocorrer com maior frequência do que no sistema prisional, mas há a exigência de agendamento prévio para evitar a circulação excessiva de pessoas no CIAPS.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Aduino Botelho – Cuiabá/MT]

Em relação ao direito à visita, as pessoas custodiadas podem receber visita no turno da manhã nos dias de sexta-feira. Familiares e visitantes passam por revista em conformidade ao sistema prisional. Em algumas situações, uma pessoa conhecida envia os itens pessoais ou lanche, pois familiares ainda não conseguem realizar a visita, por diversos motivos. Atualmente, poucos recebem visita.

[Relatório CRP 19 - Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP) – Aracaju/SE]

Visitas ocorrem 3x (três vezes) ao mês. Observamos que ocorrem no pátio externo sem qualquer tipo de privacidade, além deles não possuírem direito à visita íntima. Também foi informado que não pode haver relações afetivo-sexuais entre eles.

[Relatório CRP 15 - Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ) – Maceió/AL]

Nos casos em que há disponibilização de videochamadas, como no *Centro de Custódia Novo Horizonte (CCNH)*, em Macapá (AP), a frequência é mensal, e as restrições de antecedência no agendamento são incompatíveis com a ocorrência limitada de visitas às pessoas com deficiência psicossocial em internação. Nas unidades prisionais feminina e masculina do Acre, a comunicação telefônica também é condicionada à disponibilidade e ao controle da administração penitenciária:

A unidade disponibiliza ligação de vídeo para os familiares uma vez por mês, porém poucos a utilizam. Em relação a visita foi relatado que poucos familiares buscam esse contato, mas que quando ocorre é permitido, porém tem que passar pela revista dos policiais e ser agendado previamente. Não foi mencionado o período mínimo para poder realizar contato com a família ou licença terapêutica.

[Relatório CRP 10 - Centro de Custódia Novo Horizonte (CCNH) – Macapá/AP]

Nas unidades prisionais, a política de visitas segue um calendário fixo, fornecido mensalmente pela administração penitenciária, estabelecendo dias específicos para o recebimento de familiares. [...]

A comunicação telefônica nas unidades prisionais enfrenta graves dificuldades, com relatos de que as ligações não ocorrem de forma periódica, sendo condicionadas à disponibilidade da administração penitenciária. Essa falta de acesso a meios de comunicação restringe significativamente o direito à manutenção de laços familiares e sociais.

[Relatório CRP 24 - Unidade Prisional Feminina e Unidade Prisional masculina Francisco de Oliveira Conde (FOC) – Rio Branco/AC]

A essa restrição já grave soma-se uma prática institucional ainda mais violadora: a **realização de revistas vexatórias às visitas**. No *HPJVV (MG)* e a *PPF (PB)*, foram identificadas situações em que visitantes são obrigados a se despir, expor peças íntimas ou submeter-se a inspeções manuais invasivas por ausência de equipamentos adequados como *body scanners*. Tais condutas, recorrentes à dinâmica institucional dos ambientes carcerários no país, além de afrontarem diretamente a dignidade dos familiares, majoritariamente mulheres, impõem às pessoas internadas a angústia de ver seus vínculos afetivos submetidos à humilhação institucional:

As informações de diferentes fontes ouvidas corroboram a existência de revistas invasivas/vexatórias durante as visitas, embora a gestão tenha afirmado que não acontecem. Foi relatado por pessoas trabalhadoras entrevistadas que as pessoas visitantes passam por revista invasivas/vexatórias, uma vez que “a unidade não possui body scan”. Uma das pessoas comenta que em determinado período, tentou-se adotar a chamada “revista inversa”, na qual a pessoa internada, e não o visitante, era submetida à revista invasiva. No entanto, a prática foi considerada ineficaz e abandonada. Uma outra pessoa relatou que nunca presenciou a revista acontecendo, mas, certa vez, ao passar pela ala feminina, viu o local onde eram reali-

zadas as revistas nos familiares — havia um espelho no chão, uma manta e luvas cirúrgicas — e suspeitou que os materiais fossem utilizados em revistas invasivas/vexatórias.

[Relatório CRP 04- HPJJV – Barbacena/MG]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição] Mencionou que visitantes são revista- dos. Disse que a sua mãe disse que tira a roupa e mostra as peças íntimas - calcinha, sutiã (tem que ser levantado).

[Outra pessoa em internação entrevistada] Disse que a família passa por revista, assim como a “feira” (sacolas com alimentos). Ele acha que a família precisa tirar a roupa no momento que chegam para a visita.

[Relatório CRP 13 - Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) – João Pessoa/PB]

3.6.19 Violação de correspondência e restrição de comunicação

A restrição e o controle sistemático das comunicações das pessoas internadas em instituições de privação de liberdade são outros dois motivos elementares da incompatibilidade de tais instituições com o cuidado e com a garantia de direitos às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei. Além do comprometimento dos vínculos na violência institucional contra familiares, as instituições reforçam esse isolamento com práticas de censura, bloqueio e interceptação das comunicações — negando às pessoas internadas o direito à expressão, ao sigilo e à manutenção de laços com o mundo externo, aspectos centrais à reabilitação psicossocial.

Em alguns dos manicômios judiciários inspecionados, constatamos que as correspondências são abertas, lidas e filtradas pela equipe institucional antes de serem entregues ou enviadas, sob uma justificativa genérica de “segurança”. No *Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV/MG)*, foi identificada uma **caixa com cartas abertas**, e profissionais confirmaram que há censura ativa de toda correspondência. No *HCTP de Taubaté (SP)* e no *Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ) (AL)*, a interceptação é institucionalizada: todas as cartas são lidas pela equipe técnica antes da entrega. No *HCTP-SC*, em Florianópolis (SC), mesmo nas videochamadas autorizadas, a presença obrigatória de agentes penitenciários durante a comunicação anula qualquer possibilidade de privacidade ou intimidade. Já no *HCTP-RJ*, onde não há qualquer forma de comunicação externa permitida: nem ligações, nem cartas, nem e-mails. A ausência de canais de contato com familiares e pessoas de referência configura regime absoluto de silêncio imposto pelo Estado, em total violação às garantias constitucionais e aos marcos legais da política de saúde mental e dos direitos humanos:

Não há meios de contato com o público externo pelos usuários - ex: ligações, videochamadas, cartas.

[Relatório CRP 05- Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros – Rio de Janeiro/RJ]

Foi observada uma caixa com correspondências abertas. Ao ser questionada sobre a situação, uma pessoa trabalhadora confirmou que há censura para envio e recebimento de cartas.

[Relatório CRP 04 - HP]JV – Barbacena/MG]

Os internos podem se comunicar com os familiares por cartas, e-mails ou pedir à equipe técnica que realize a ligação e as informações são repassadas de volta aos internos após o contato realizado (essa resposta é chamada de “pipa”). Cabe ressaltar que as cartas são lidas pela equipe, na entrada e na saída, ou seja, sem direito à privacidade da comunicação.

[Relatório CRP 06 - HCTP Dr. Arnaldo Amado Ferreira – Taubaté/SP]

Os usuários podem escrever e receber cartas, mas ambas passam por violação pela instituição, sendo lidar primeiramente pelo serviço social e direção do CPJ.

[Relatório CRP 15- Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ) – Maceió/AL]

[...] os internos não podem entrar em contato com familiares ou conhecidos livremente; é preciso solicitar ao Serviço Social (podendo ser solicitado pela família ou pelo interno) e aguardar a aprovação da diretoria. Um dos assistidos relatou que, durante as visitas por videoconferência, é comum a presença de um agente ao seu lado, comprometendo sua privacidade.

[Relatório CRP 12- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP) – Florianópolis/SC]

A censura de cartas, a mediação institucional de telefonemas e videochamadas, e a proibição total de comunicação com o mundo exterior **não são medidas de cuidado ou proteção**, mas expressões da lógica de controle total que estrutura a vida nas instituições asilares e manicomial. A negação do direito à comunicação aprofunda o isolamento, fortalece o sentimento de abandono, e **destrói os alicerces sobre os quais poderia se construir qualquer possibilidade de reabilitação psicossocial**, infringindo o rol de direitos previstos às pessoas em sofrimento psíquico na Lei n. 10.216/2001 (art. 2º, inciso VI).

Ao interceptar, censurar ou impedir os canais de troca entre a pessoa internada e sua rede afetiva, o Estado viola o direito à comunicação e à intimidade e compromete diretamente **a construção de estratégias de desinstitucionalização**, onde a reativação de vínculos familiares e comunitários desempenha um papel muito importante.

3.6.20 Irregularidades em manejo de crises e recurso a contenções

A forma como os manicômios judiciais e outras instituições de características asilares lidam com episódios de crise demonstra, com contundência, a motivação da denúncia da incompatibilidade desses estabelecimentos com qualquer tipo de estratégia de saúde. Longe de serem compreendidas como momentos de maior vulnerabilidade que requerem apoio intensivo, as crises são tratadas como objeto de intervenção da ordem institucional, resultando em cerceamento, castigo e segregação indefinidos.

Os relatos inspecionados demonstram que o manejo dessas situações segue uma lógica repressiva, com atuação arbitrária de agentes de segurança e a medicalização forçada como resposta padrão. Os protocolos clínicos, outra importante exigência para o exercício regular de contenções - quando existem - são frágeis, mal documentados ou simplesmente ignorados.

No *Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros (RJ)*, a equipe local de inspeção identificou **contenções químicas massivas**, com 71 registros apenas no mês de janeiro, todas noturnas e realizadas com base em prescrições genéricas ("SOS"), **sem avaliação clínica individualizada ou registro adequado** - fenômeno também observado no *Centro de Custódia Novo Horizonte (CCNH)*, em Macapá (AP).

Além disso, tal como no *HCTP "Dr. Arnaldo Amado Ferreira"*, em Taubaté (SP), a equipe de segurança atua como principal agente no manejo das crises, o que infringe as diretrizes da Resolução COFEN nº 746/2024, que exige supervisão direta da equipe de enfermagem e justificativa clínica documentada para qualquer contenção.

A ausência de médicos em tempo integral é apontada como justificativa para essas práticas, o que denota outra infringência normativa e ética grave, reiterando a descaracterização dos manicômios

judiciários como espaço de cuidado em saúde mental. Em vez do acompanhamento terapêutico, o que se impõe é uma **racionalidade prisional baseada na força e no medo**, em que o "profissional de referência" dos internos tem sido, recorrentemente, o policial penal de plantão:

[...] no setor da enfermagem, existem 04 (quatro) leitos destinados a usuários em crise e que precisam de atenção especial. Considerando que a sala da equipe técnica se localiza neste local, os usuários permanecem em observação para qualquer necessidade. Contudo, observa-se que o protocolo de manejo de crise é realizado imediatamente e primordialmente por equipe de segurança.

[Relatório CRP 06 - HCTP Dr. Arnaldo Amado Ferreira – Taubaté/SP]

A instituição não possui um procedimento estabelecido para padronizar as ações dos profissionais em casos de incidentes e também não possui um livro de intercorrências.

[Relatório CRP 10 - Centro de Custódia Novo Horizonte (CCNH) – Macapá/AP]

Com uma equipe reduzida, as possibilidades de trabalho também se limitam. Sobre a contenção, nos casos de crise, como não há médicos em tempo integral na unidade, é feita em vários casos pelos agentes. Em casos extremos, que a contenção física não é suficiente, há uma prescrição geral pronta para a contenção química. Durante o mês de janeiro, foram aplicadas 71 contenções químicas noturnas, no formato SOS, sem detalhamento do que seriam os protocolos para tal prática. Além disso, outro tipo de contenção é observado no discurso dos trabalhadores: a cultural. Em um estabelecimento que vive uma cultura de cadeia, a racionalidade imperativa é a da força e violência como reguladores de relações sociais. Em vários momentos, o profissional de referência dos usuários é um policial penal, guarda das galerias, e não um profissional de saúde.

[Relatório CRP 05 - Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros – Rio de Janeiro/RJ]

Na *Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP)* de Aracaju (SE) e no *Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ)*, em Maceió (AL), foram notadas situações de crise abordadas com **alocação em celas sem estrutura a apoio adequados**, contenção física feita por policiais penais, e administração de medicamentos sob coerção. No CPJ de Maceió, as celas são utilizadas como respos-

ta padrão a comportamentos classificados como “agressivos”, sem que haja critérios técnicos claros ou qualquer forma de regulação institucional:

Destacamos uma situação bastante delicada envolvendo um dos internos. dias anteriores à nossa visita, ele havia se machucado e possivelmente está em crise. Todavia, ele foi alocado numa cela que não possuía estrutura adequada para o manejo da situação da possível crise psicótica. Esta cela é chamada de cela de enfermaria, por ser num ponto de vista estratégico na arquitetura da UCP: fica em frente ao corredor principal de acesso e facilita o acompanhamento da equipe de segurança e da saúde. Há um avanço das grades que formam uma quina dando maior visibilidade ao todo da cela. No momento da nossa visita, foi explicada a situação desse rapaz que, machucando sua cabeça contra a grade, obteve um corte e, nos dias posteriores, verbalizava como se seu sangue “jorrasse” continuamente.

[Relatório CRP 19 - Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP) – Aracaju/SE]

Não foram vistos usuários contidos em nossa visita, nenhum dos profissionais da saúde relatou como se dava o protocolo de contenção, observamos que na enfermaria, não havia as orientações necessárias para tal situação. De acordo com a direção, há contenção mecânica e química. A primeira é realizada manualmente/fisicamente pelos próprios policiais penais, que, segundo o diretor, recebem treinamentos para isso. Já o segundo tipo de contenção acontece em conjunto com o primeiro. Ou seja, havendo necessidade, os policiais contêm o interno e a enfermagem aplica um medicamento.

[Relatório CRP 15 - Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ) – Maceió/AL]

No Complexo Médico Penal (CMP/PR), a direção admite que não existe protocolo institucional de manejo de crises, operando-se caso a caso. Essa informalidade, além de ilegal, favorece abusos e descaracteriza o valor do sofrimento das pessoas em internação. Da mesma forma, no *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP/SC)*, relatos reiteram o uso **punitivo da contenção**, com pessoas **amarradas à força** ou expostas a gás de pimenta como forma de repressão, além de ser comum a administração de medicamentos sob coerção.

Os internos relatam, inclusive, **o uso do confinamento em seus próprios quartos como forma de sanção disciplinar**, o que equivale a **tortura** e prática punitiva de isolamento, vedada tanto pela Lei 10.216/2001, como pela Resolução CNJ nº 487/2023. No mesmo sentido, a *Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PPF-PB)* expressa com nitidez o desvio estrutural do cuidado em

crises: **o isolamento e a contenção são usados indistintamente como resposta ao sofrimento**, sem distinção entre situações clínicas, disciplinares ou institucionais:

[...] o CMP não conta com um protocolo formal para contenção em caso de crises em saúde mental, que é “feito no caso a caso” (sic). O diretor explica que a equipe recebe “treinamentos constantes” (sic) para lidar com essas situações, não se utilizando mais “medidas ultrapassadas como o grupo de oito”, mas sem explicitar quais medidas seriam as novas e a frequência desse treinamento.

[Relatório CRP 08 - Complexo Médico Penal (CMP) – Pinhais/PR]

[...] os relatos dos internos revelam o uso de métodos agressivos e invasivos para lidar com situações de conflito ou nervosismo. Um dos internos mencionou que, quando alguém fica muito nervoso, é administrado um remédio, e o interno pode ser “amarrado” (sic) para receber a injeção. Essa abordagem denota uma resposta física e punitiva diante de comportamentos considerados desafiadores.

[...]

De modo geral, os internos informaram que é comum o uso de contenção mecânica e/ou química na instituição. Todos relataram ter sofrido ou ter presenciado um colega sofrendo pelo uso desses expedientes.

[...]

No que se refere ao uso de contenções mecânicas e químicas, a gestão declarou que esses procedimentos são aplicados apenas quando estritamente necessário e conforme protocolos institucionais. Já os internos relataram situações de abuso, como algemamento forçado e uso de gás de pimenta em resposta a crises. As trabalhadoras, embora tenham afirmado que as contenções seguem registros e protocolos, reconheceram que são frequentemente utilizadas diante da alta demanda e da falta de alternativas para o manejo das crises.

[Relatório CRP 12 - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP) – Florianópolis/SC]

Um usuário enfatizou a utilização de um espaço denominado “isolamento” (ou também “isolado”) para conter e punir aqueles que não respeitam as regras, assim como os que se encontram em situação de crise. [...]

A falta de regulação de serviços alternativos para a atenção à crise [...] demonstra uma lacuna significativa na oferta de suporte adequado, revelando a fragilidade do sistema de saúde mental na PPF que deveria acolher e tratar as pessoas com deficiência psicossocial e em situação de vulnerabilidade.

[Relatório CRP 13 - Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) – João Pessoa/PB]

Mesmo onde há apresentação formal de protocolos, como no CIAPS (MT), **não foram fornecidos prontuários ou registros que comprovem a conformidade das práticas com os marcos legais**. A inexistência de auditorias, registros clínicos e canais de responsabilização torna impossível qualquer controle externo sobre as práticas institucionais, expondo as pessoas com deficiência psicossocial a uma situação de desproteção absoluta:

A unidade vistoriada possui protocolos para a contenção mecânica e química. No entanto, apesar da solicitação feita pela equipe de fiscalização, não foi disponibilizado nenhum prontuário que permitisse a verificação do correto registro dessas informações. Conforme relatado, as sanções disciplinares aplicadas às pessoas privadas de liberdade em razão de conflitos não têm sido conduzidas com enfoque terapêutico, mas sim com caráter correcional, valendo-se de práticas punitivas.

[Relatório CRP 18 - CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

Diante desse panorama, torna-se evidente que a crise, nessas instituições, é tratada não como demanda por suporte e cuidado, mas como foco de assujeitamento e de controle punitivo.

3.6.21 Contenções químicas: recurso clínico e prática de violação

A contenção química — administração de medicamentos psicotrópicos com efeito sedativo ou tranquilizante em situações de crise — pode ser um recurso clínico necessário e legítimo, desde que utilizada de forma proporcional, com consentimento informado da pessoa e de seus familiares sempre que possível, previsão em prontuário e registro técnico adequado, além de acompanhamento multiprofissional contínuo.

Contudo, os relatos inspecionados demonstram que, longe de seguir tais critérios, a contenção química tem sido **normalizada como prática de rotina ou medida de controle**, aplicada

sem justificativa clínica individualizada, sem registros em prontuário e, muitas vezes, **por determinação informal ou cultural da equipe de segurança**, e não por avaliação médica ou de enfermagem qualificada.

No **Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV/MG)**, foi identificado o uso recorrente da “injeção SOS” mesmo **na ausência de sinais de agressividade**, sendo aplicada com o objetivo de “evitar que piore”. Um dos internos relatou que a contenção ocorre mesmo em situações de recusa à medicação de rotina, sem observância ao respeito à dignidade, à autonomia e ao direito ao consentimento informado das pessoas com deficiência psicossocial, caracterizando uma prática de medicalização coerciva. Além disso, a enfermaria da unidade, usada para intercorrências clínicas após contenção, não possui estrutura para monitoramento dos sinais vitais, expondo os usuários a riscos evitáveis:

Na enfermaria para intercorrências clínicas não foram identificadas camas com proteção adequada para se evitar quedas em caso de contenção química e não foram observados equipamentos para monitoramento das condições vitais das pessoas que estivessem ali em razão de alguma intercorrência.

[...]

Em um relato mais detalhado, uma das pessoas entrevistadas informou que quando um interno apresenta agitação, mas sem agressividade, que é chamado a enfermagem e, normalmente, administram uma injeção, “chamada SOS”. Se estiver agressivo, algemam e levam para o isolamento. A contenção física é somente sob prescrição do médico psiquiatra e quando ocorre o usuário fica no isolamento, mas na maca, sendo afirmado que sob observação constante da equipe de enfermagem.

Outra pessoa entrevista, porém, informou os profissionais de saúde nunca fizeram nenhum tipo de treinamento de contenção e que, “quem faz a contenção são os agentes prisionais, os trabalhadores da segurança”.

[Relatório CRP 04 - HPJJV – Barbacena/MG]

No **HCTP-SC**, os relatos revelam internações prolongadas sob efeito de medicamentos que limitam até mesmo funções básicas como a alimentação. Um dos usuários afirmou ter permanecido por três meses sob efeito de contenção química, **sem conseguir se mover ou alimentar-se sem ajuda**, configurando **hipersedação prolongada e risco à vida**, incompatível com qualquer justificativa terapêutica:

Um dos internos relatou que sofreu contenção química com medicações durante cerca de três meses. Neste período, relata que não conseguia se mexer, dependendo do auxílio de seu colega de dormitório para realizar sua alimentação. De modo geral, os internos informaram que é comum o uso de contenção mecânica e/ou química na instituição. Todos relataram ter sofrido ou ter presenciado um colega sofrendo pelo uso desses expedientes.

[Relatório CRP 12- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP) – Florianópolis/SC]

3.6.22 Tratamentos punitivos

3.6.22.1 Naturalização da violência como forma de gestão institucional

Desse modo, confirmamos uma das expressões mais alarmantes da lógica manicomial ainda em operação nas instituições brasileiras, também identificada nas edições anteriores das Inspeções Nacionais em Direitos Humanos. Trata-se da utilização continuada de recursos como a medicação excessiva, o isolamento e a contenção, apresentados como ‘recursos terapêuticos’, mas que, na verdade, constituem meros instrumentos de punição disciplinar.

O uso de práticas coercitivas em nome da promoção de saúde, sem base técnica ou indicação clínica alguma, constitui grave violação de Direitos Humanos. Ela infringe as diretrizes do cuidado em liberdade e inscreve o sofrimento psíquico no campo da penalização, e não do cuidado.

No *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (SC)*, os próprios internos relataram a prática do “fechamento”, ou seja, o trancamento em quartos individuais como forma de punição. Os relatos apontam que medidas como **restrição ao acesso à água potável e ao uso da descarga sanitária** são empregadas como sanções disciplinares, a critério dos agentes de segurança, o que transforma necessidades básicas em mecanismos de controle:

[...] um dos internos estava “Fechado” (sic), isto é, em tratamento disciplinar, por ter se rebelado e entrado em crise após uma demanda de saúde bucal não ter sido atendida.

[...] até mesmo o acesso à água, que é reposta pelos agentes, se transforma em um instrumento de punição. Quando os internos “se comportam mal” (sic), a reposição da água é restringida, o que agrava ainda mais sua sensação de vulnerabilidade. Além disso, como apontamos, os quartos individuais possuem sanitários, no entanto, o acionamento da válvula de descarga ocorre por fora do quarto, mediante solicitação aos agentes policiais. Desta forma, o uso da descarga depende exclusivamente da ação dos agentes, criando uma situação de controle e restrição. Há relatos de demora no uso da descarga ser usada como

forma de punição. Essa gestão do básico, como água e necessidades de higiene, evidenciam uma dinâmica de poder que limita ainda mais a autonomia e o bem-estar dos internos [...]

A maior disparidade encontrada refere-se à aplicação de sanções disciplinares e ao isolamento. A gestão justificou que o isolamento é utilizado apenas em casos de necessidade clínica ou comportamental, como medida de proteção. Entretanto, os internos relataram que o "fechamento" (permanência trancada no quarto) é utilizado como punição frequente e que, em algumas situações, o acesso à água é restringido como forma de sanção.

[Relatório CRP 12- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP) – Florianópolis/SC]

No *Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (AL)*, o isolamento disciplinar é chamado informalmente de “ala de castigo” pelos internos. As pessoas ali mantidas são privadas do banho de sol e, frequentemente, medicadas de forma compulsória como primeira iniciativa diante de um episódio de crise, transformando o cuidado psiquiátrico em estratégia de contenção.

Na *Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PB)*, internos relataram serem levados ao isolamento após apanhar, recebendo injeções como forma de sedação punitiva, e não como cuidado. No *Centro de Saúde Penitenciário de Abreu e Lima (PE)*, a equipe de inspeção também encontrou relatos da existência de um ‘quarto de isolamento’ sem janela ou iluminação, utilizado como castigo para internos classificados como “agressivos”:

[...] nas celas finais, foi relatado que os internos “mais agressivos” eram destinados àquele espaço, sem possibilidade de saída para o pátio interno junto aos outros. Não foram identificados espaços para contenção mecânica e/ou química. Em informação coletada, as punições ocorrem por contenção física, a pessoa fica algemada na grade do dormitório e ficam proibidos de tomar banho de sol. Além disso, quando em episódio de crise, sempre são medicados como primeira conduta[...]

Havia duas alas no final do pátio onde internos ficavam trancados por terem o “comportamento mais agressivo” que os demais. Em observação no local e entrevista com internos não há o conhecimento de protocolo de contenção. Quando há um caso de crise ou surto, primeiro são medicados e caso a medicação não surta efeito, leia-se, durmam, são colocados nos dormitórios dessas últimas alas e isolados, conhecido como a “ala de castigo”

[Relatório CRP 15 - Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ) – Maceió/AL]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição] Relatou que eles apanham e vão para o isolado (isolado é um local que a unidade utiliza para punir ou conter os usuários). Não soube dizer sobre o uso de medicamentos como forma de punição ou sedação, mas que dão uma injeção e bota no isolado.

[Relatório CRP 13 - Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) – João Pessoa/PB]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição] Fala sobre a existência de um isolamento, quarto fechado, sem iluminação e sem janela, que é utilizado como forma de castigo para aqueles que estão agressivos.

[Relatório CRP 02- Centro de Saúde Penitenciário (CSP) – Abreu e Lima/PE]

No *Complexo Médico Penal do Paraná (CMP)*, funcionários evidenciam, de forma chocante, **a arbitrariedade das sanções disciplinares** e o uso do isolamento como prática corriqueira, sem qualquer protocolo técnico:

Questionado por uma das advogadas da Comissão de Defesa dos Direitos Humanos da OAB, um dos acolhidos disse que não sabia onde ficavam as celas de isolamento. Ao presenciar a cena, um dos funcionários respondeu à advogada: a punição ocorre onde eu escolher.

[Relatório CRP 08- Complexo Médico Penal (CMP) – Pinhais/PR]

Em *unidades prisionais comuns*, como o *Conjunto Penal de Eunápolis (BA)*, os relatos envolvem agressões físicas por agentes, reclusão em celas de castigo sem banho de sol por mais de um mês e privação de descanso após episódios de surto. A gestão da crise é substituída por repressão violenta:

O usuário [pessoa com deficiência psicossocial em privação de liberdade] relata duas situações de agressão física por parte dos agentes penitenciários. Na primeira, afirma ter feito “bagunça” na cela e, em resposta, dez agentes entraram e o agrediram, resultando em uma lesão no pé, que ele fez questão de mostrar durante a entrevista. Na segunda, disse ter sido levado para um espaço sem câmeras, onde foi agredido por agentes na região do estômago.

Atualmente, encontra-se em cela de castigo, onde dorme em um colchão no chão com uma coberta. A unidade prisional conta com duas celas de castigo, afirma ele, uma na parte

superior e outra onde ele se encontra. Ele relata que está há 40 dias sem banho de sol, tendo passado apenas 10 dias no convívio antes de entrar em reclusão total. Durante esse período, passou 15 dias sem dormir devido a um surto psiquiátrico.

[Relatório CRP 03 - Conjunto Penal de Eunápolis – Eunápolis/BA]

3.6.22.2 Celas e isolamentos

3.6.22.2.1 Segregação, castigo e uso indevido da reclusão como recurso institucional

Ao longo dos destaques das inspeções realizadas por todo o país, é incontestável que o isolamento – sob variadas denominações e justificativas – é prática de tortura corrente nos manicômios judiciários e instituições congêneres, senão como forma de punição, como contenção e gestão do cotidiano institucional. Neles, o confinamento individual em celas ou quartos isolados não responde a critérios clínicos justificáveis, ocorre sem protocolo formal, por tempo indeterminado, sob a determinação de profissionais sem conhecimento técnico, em condições degradantes. Estas são evidentes violações dos direitos fundamentais das pessoas com deficiência psicossocial em cumprimento de medida de segurança.

Em continuidade direta às práticas descritas na seção anterior sobre *Tratamentos Punitivos*, os relatos aqui reunidos confirmam que **as celas e alas de isolamento parecem constituir o principal instrumento de coerção e disciplina nas instituições**, a despeito de toda e qualquer suposta finalidade terapêutica das pessoas em internação nas instituições inspecionadas.

Na *Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PPF)*, o isolamento é descrito como espaço sem iluminação, onde a pessoa permanece nua, recebendo apenas alimento e medicação, após crises ou como punição por desobediência. No *Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (MG)*, a equipe de inspeção encontrou todas as celas de isolamento ocupadas, com pessoas que estavam há **mais de um mês trancadas**, incluindo duas **mulheres trans que permaneciam permanentemente nessas celas**. No *Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia (HCT-BA)*, a ala de isolamento é lugar da gestão punitiva absoluta das equipes de segurança:

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição, sobre o momento de ingresso no manicômio judiciário] respondeu que não foi muito bom, ficou isolado, tinha barata, rato, rá, ficou pelado na sala. Ficou sete dias no isolamento. No isolamento ele recebia somente comida e medicamento.

[Relatório CRP 13- Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) – João Pessoa/PB]

Conforme informaram, as pessoas são recebidas na inspetoria [...] depois a equipe de segurança conduz para o isolamento, quando ficará em observação por cerca de 5 dias, até ser integrado em alguma cela. Entretanto, foi observado pela equipe de inspeção que a maioria das pessoas no isolamento estavam em um período superior a 5 dias.

[...]

Chamou a atenção que as celas de isolamento do masculino estavam todas ocupadas, em geral com pessoas que estavam há mais de um mês, sendo que duas mulheres trans ficam permanentemente em isolamento nesse tipo de cela nesta ala.

[Relatório CRP 04 - HP]JV – Barbacena/MG]

Também foi relatada uma ala de isolamento, e, que a segurança age a parte, por vezes deixa a pessoa em isolamento por conta de algum comportamento, não tem limite de tempo de permanência, tampouco diálogo com a equipe de saúde.

[Relatório CRP 03 - Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia (HCT-BA) – Salvador/BA]

No *HCTP-SC*, a equipe de inspeção confrontou o discurso institucional sobre o injustificável isolamento e o que os internos relataram sob o nome de “fechamento”:

A gestão informou sobre a existência do isolamento, utilizado quando o interno apresentava questões de ordem física e emocional que requeiram restrição de contato com outras pessoas. Os relatos dos internos, por sua vez, indicam que quando alguém comete alguma infração dentro da unidade, a principal sanção disciplinar é ficar “fechado” (sic). Isso significa que o interno perde o direito de ir ao pátio, permanecendo confinado no próprio quarto. Um dos entrevistados descreveu a experiência como “terrível” (sic)

[Relatório CRP 12- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP) – Florianópolis/SC]

Já dentre os hospitais psiquiátricos, no *Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELRL)*, em Feira de Santana (BA), a segregação punitiva é disfarçada por nomes como “sala vermelha” ou “enfermaria de intercorrência”. Esses espaços, segundo relatos de profissionais entrevistados, são utilizados não apenas para casos clínicos, mas para **isolar usuárias como forma de punição, sem qualquer registro formal ou limite de uso:**

Foram observadas ao menos 3 salas isoladas do convívio em cada pavilhão, chamadas pela equipe de “clínicas” e nomeadas em placas como “enfermaria de intercorrência”, espaços usados, segundo a enfermeira da Unidade feminina, quando algum usuário do hospital se encontra desestabilizado e precisa de isolamento por segurança. [...] relatou[-se] que a sala também é utilizada como forma de “punição” pela equipe da enfermagem para as usuárias do hospital (relato referente a Unidade feminina) e que muitas vezes “faltavam” salas para isolar todas as que a equipe da enfermagem queria.

[...] Não foram encontrados locais especificamente destinados a castigos, mas foi possível ouvir [...] que existe uma “sala vermelha” destinada a punição [...]

em relação a pessoa em cumprimento de medida de segurança, os profissionais disseram que ficam separados somente enquanto não estão estáveis, porém o que vimos foi divergente, já que uma usuária que estava em cumprimento de medida de segurança ainda estava isolada, mesmo depois de mais de um mês no hospital e estar visivelmente estável, questionamos isso para a equipe de enfermagem e a resposta foi que a usuária “mesmo estável, ela ainda era perigosa para si e para os demais, visto que poderia fazer arma branca com qualquer coisa”.

[Relatório CRP 03 - Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELRL) – Feira de Santana/BA]

Dentre as unidades prisionais comuns, como o *Conjunto Penal de Eunápolis (BA)*, foi identificado o uso de **celas de castigo** onde a pessoa permanece **sem acesso ao pátio por mais de 40 dias, dormindo no chão e sem acompanhamento adequado durante episódios de surto:**

O usuário [pessoa com deficiência psicossocial em privação de liberdade] relata duas situações de agressão física por parte dos agentes penitenciários. Na primeira, afirma ter feito “bagunça” na cela e, em resposta, dez agentes entraram e o agrediram, resultando em uma lesão no pé, que ele fez questão de mostrar durante a entrevista. Na segunda, disse ter sido levado para um espaço sem câmeras, onde foi agredido por agentes na região do estômago.

Atualmente, encontra-se em cela de castigo, onde dorme em um colchão no chão com uma coberta. A unidade prisional conta com duas celas de castigo, afirma ele, uma na parte superior e outra onde ele se encontra. Ele relata que está há 40 dias sem banho de sol, tendo passado apenas 10 dias no convívio antes de entrar em reclusão total. Durante esse período, passou 15 dias sem dormir devido a um surto psiquiátrico.

[Relatório CRP 03 - Conjunto Penal de Eunápolis – Eunápolis/BA]

3.6.22.3 Agressão e maus-tratos

3.6.22.3.1 *Violência institucional como expressão estrutural do modelo manicomial*

No *continuum* entre práticas segregatórias e punitivas, é difícil separar dentre os achados das equipes de inspeção que práticas punitivas, segregatórias e violentas que não estariam subsumidas às agressões e maus-tratos às pessoas com deficiência psicossocial. Os relatos colhidos durante esta Inspeção Nacional evidenciam que a violência física, verbal e psicológica contra pessoas institucionalizadas não é um desvio pontual de conduta, um ponto fora da curva. Representa uma prática disseminada, naturalizada e estrutural ao funcionamento das instituições asilares que foram visitadas.

A presença constante de maus-tratos cometidos por agentes de segurança, por outros internos sem mediação adequada ou mesmo por profissionais da saúde demonstra o fracasso do modelo de internação dos manicômios judiciais como estratégia de cuidado e promoção de reabilitação psicossocial, e o **desempenho sistemático de verdadeiras instituições de tortura**.

A seguir, destacamos abordagens violentas de ordem física, sem descaracterizar os impactos indescritíveis à integridade psíquica e à dignidade das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, sem que seja possível separá-las de outras situações de violência anteriormente descritas: a humilhação subjetiva; a objetificação do sofrimento das pessoas em internação; o emprego da força ostensiva das equipes de segurança; o injustificável e quase onipresente isolamento.

Na *Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PB)*, os relatos são reiterados, contundentes e muito graves: agressões com cassetetes, punições físicas após crises, ameaças e uso do isolamento como forma de repressão. Pessoas internadas descrevem como recorrentes a prática de apanhar e serem medicados à força antes de serem trancados no "isolado", onde permanecem dias sem visitas ou vestimentas adequadas:

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição] Relatou que eles apanham e vão para o isolado (isolado é um local que a unidade utiliza para punir ou conter os usuários). Não soube dizer sobre o uso de medicamentos como forma de punição ou sedação, mas que dão uma injeção e bota no isolado.

[Relatório CRP 13 - Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) – João Pessoa/PB]

[Em entrevista, outra pessoa em internação na instituição] Declara: “É ruim presenciar as agressões, ver os Policiais agredindo os usuários com cassetete”. Informa que após as agressões, os usuários vão para o isolado e lá recebem a medicação e depois de 8 dias saem do

“isolado”. OBS: Entrevistador: O que é o “isolado”? O entrevistado declara: “Lugar ruim, frio, escuro e sem véstias, castigo”.

[Relatório CRP 13 - Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) – João Pessoa/PB]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição] Disse que não está [internado] voluntariamente e que não solicitou alta. Mencionou que não fez recusa, e que não pode porque se não apanha, se não tomar o medicamento vai para o “isolado”. Se surtar vai para o “isolado”. Relatou que teve um rapaz que roubou algo e os agentes bateram de cassetete.

[Relatório CRP 13 - Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) – João Pessoa/PB]

[Em entrevista, outra pessoa em internação na instituição] Disse que presenciou duas vezes situação de agressão [...] bateram muito em uma pessoa que estava em crise.

[Relatório CRP 13 - Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) – João Pessoa/PB]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição] Mencionou que quando entrou na unidade o agente bateu nele. Disse que não tem relação com a equipe, não pede muita ajuda, respeita eles. Disse que eles respeitam porque ele respeita eles.

[Relatório CRP 13 - Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) – João Pessoa/PB]

No *Centro de Saúde Penitenciário (CSP)*, em Abreu e Lima (PE), foram relatadas agressões físicas e humilhações até mesmo para realização de procedimentos de vistoria, além de abusos verbais praticados por policiais penais contra trabalhadores e usuários. No *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP)*, como já citado, pessoas em internação relataram o uso corriqueiro de **gás de pimenta** por parte dos agentes, inclusive durante crises psiquiátricas, sem qualquer mediação clínica adequada, além de agressões durante atividades de higiene pessoal:

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição diz que] Já se sentiu constrangido por um profissional que o chamou de velho, lerdo e com sobrepeso

[Em entrevista, outra pessoa em internação na instituição diz que] Em alguns momentos são realizadas revistas, onde se revira o espaço, deixam os pertences bagunçados e pedem para os usuários tirarem as roupas[...]

[trabalhadores] já presenciaram brincadeiras de cunho sexual de policiais penais, além de situações que caracterizam uma certa tensão. Alguns colegas de trabalho já se queixaram de policiais penais que “passam dos limites” no que diz respeito a conversas desrespeitosas.

[Relatório CRP 02- Centro de Saúde Penitenciário (CSP) – Abreu e Lima/PE]

Outro interno relatou o uso de gás de pimenta como uma resposta imediata dos agentes. Quando o indivíduo reage, por exemplo, chutando a porta, os agentes, ao invés de buscar uma solução mais cuidadosa, reforçam a contenção com mais gás de pimenta, intensificando a violência da situação. Essas práticas revelam a falta de métodos adequados de manejo de crise e a prevalência de uma abordagem coercitiva, em vez de terapêutica, que deveria ser prioritária em ambientes de cuidado.

[...]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição diz que] Um colega dele não queria cortar as unhas, então os agentes penais o algemaram com as mãos para trás, colocaram-no de joelhos, agrediram, seguraram e cortaram à força suas unhas

[Relatório CRP 12- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP) – Florianópolis/SC]

No *CIAPS (MT)*, houve o registro de ao menos uma morte por hipermedicação, sem anotação formal nos registros, além de múltiplos relatos de medo, insegurança, ameaça e ausência de proteção. Usuários referem medo de violências físicas, temem dormir, e descreveram episódios de agressão e contenção abusiva:

Um dos entrevistados afirmou evitar o pátio por medo de sofrer agressões.

[Relatório CRP 18 – CIAPS – Cuiabá/MT]

No *HCT-BA*, em Salvador (BA), e no *Centro de Saúde Penitenciário (CSP)*, em Abreu e Lima (PE), foram relatadas **violências entre internos e casos de violência sexual**. Dentre os hospitais psiquiátricos, no *CIAPS Adauto Botelho*, em Cuiabá (MT), as pessoas em internação têm sucessivos relatos de humilhação, agressões e de medo constante de sofrer violência de outras pessoas internadas, apontando os graves limites dessas instituições para qualquer tipo de proteção efetiva à integridade das pessoas com deficiência psicossocial custodiadas:

Foram relatados episódios de violência entre as pessoas privadas de liberdade na ala masculina. Foram trazidos episódios de violência e violência sexual.

[Relatório CRP 03 - Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia (HCT-BA) – Salvador/BA]

Foi relatado que já houve um caso em que uma pessoa internada foi alvo de agressão física, e esse incidente foi relatado às autoridades do serviço. Quanto aos casos de abuso sexual, existem relatos e queixas, quando a saúde escuta, compartilha com a segurança para a tomada de providências

[Relatório CRP 02 - Centro de Saúde Penitenciário (CSP) – Abreu e Lima/PE]

[pessoa em internação na instituição, em entrevista,] mencionou que, em certa ocasião, foi acusado de roubar fumo, e a equipe teria feito um "escândalo" a respeito [...]

Um dos entrevistados [em internação na instituição] afirmou evitar o pátio por medo de sofrer agressões[...]

As grades que fecham o corredor permanecem sempre trancadas com cadeados. [...] [entrevistado em internação na instituição] relatou sentir medo e insegurança ao dormir, temendo ser atacado pelos demais internos.

[pessoa entrevistada em internação na instituição inspecionada] relatou ter sido ameaçado duas vezes por estar conversando alto enquanto os demais dormiam. Um entrevistado relatou que presenciou um interno ser amarrado na cama após agredir um enfermeiro.

[Relatório CRP 18 – CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

3.6.22.4 Discriminação de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei

3.6.22.4.1 *Negação de direitos, exclusão de vínculos e estigmatização institucional*

A institucionalização prolongada de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei já caracteriza uma estrutura de discriminação sistemática que atravessa o sistema de justiça/sistema

carcerário e os serviços de saúde mental. O estigma da “periculosidade”, retroalimentado pela lógica excludente e violenta com que o racismo e os processos de exclusão se manifestam no Brasil, opera como filtro que exclui pessoas com deficiência do acesso a direitos, e os relega à condição de sujeitos de exceção e naturaliza a privação indefinida de liberdade.

Identificamos que, quando a deficiência psicossocial se sobrepõe ao conflito com a lei, o direito à saúde é questionado, configurando discriminação motivado pelos estigmas associados à loucura e aos processos de criminalização, implicando a redução da qualidade dos mesmos serviços prestados às pessoas sob os mesmos estabelecimentos e reduzindo, conseqüentemente, garantias e direitos. Aqui, destacamos em particular os achados dos hospitais psiquiátricos.

No *Hospital Especializado Lopes Rodrigues (BA)*, uma mulher em cumprimento de medida de segurança clinicamente estável, segundo os relatos, era mantida isolada de outras internas, sem acesso às atividades em grupo e com sua rotina rigidamente controlada por agentes:

[...] em relação a pessoa em cumprimento de medida de segurança, os profissionais disseram que ficam separados somente enquanto não estão estáveis, porém o que vimos foi divergente, já que uma usuária que estava em cumprimento de medida de segurança ainda estava isolada, mesmo depois de mais de um mês no hospital e estar visivelmente estável, questionamos isso para a equipe de enfermagem e a resposta foi que a usuária “mesmo estável, ela ainda era perigosa para si e para os demais, visto que poderia fazer arma branca com qualquer coisa”.

[Relatório CRP 03 - Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELRL) – Feira de Santana/BA]

Com a interdição do HCT-BA, os pacientes com medida de segurança passaram a ser redirecionados ao *HELRL*, gerando tensões internas, cujos trabalhadores

[...] afirmaram reiteradamente a impossibilidade de atender ao público do HCT. [...] A estrutura do hospital não foi adaptada, nem há equipe treinada.

[Relatório CRP 03 – HELRL – Feira de Santana/BA]

A consequência, no *HELRL*, é a restrição da participação das atividades terapêuticas disponíveis às pessoas com deficiência psicossocial no hospital psiquiátrico:

[...] as atividades em grupo são atividades lúdicas realizadas pela psicóloga, como pintura, espaço da leitura e salão de beleza. Além das atividades em grupo, a outra atividade citada foi caminhada pelo espaço do hospital já que as usuárias não tem acesso livre a todas as áreas da instituição, ficando na maioria do tempo reclusas no pavilhão. Mas a pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei não é convidada para participar dessas ativida-

des em grupo, ela recebe folhas de papel e giz de cera para pintar dentro da sala, sem poder sair para interagir com as demais e inclusive isso é tão importante para ela que o único pertence que ela relatou que tinha na sala era uma pintura que ela tinha feito.

[...] Em relação a rotina das usuárias no HELR o que foi dito pela entrevistada que é uma pessoa com deficiência psicossocial em conflito com a lei, foi que: ela acorda, é direcionada para tomar banho, depois segue para o refeitório para tomar café, depois retorna para a sala e sai novamente apenas quando fazem a limpeza da sala ou quando vai almoçar, depois disso sai novamente para jantar ou para tomar outro banho a noite quando está calor. É importante frisar que as saídas dela sempre são acompanhadas pelos maqueiros e seguranças, mesmo para o banho.

[Relatório CRP 03 - Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELR) – Feira de Santana/BA]

No *Centro Integrado de Atenção Psicossocial Adauto Botelho (MT)*, os profissionais também relataram recusa de atendimento por parte de outras unidades de saúde da região, que evitam receber pacientes oriundos do hospital sob a justificativa da “periculosidade”. Essa estigmatização institucionalizada gera barreiras concretas no acesso a serviços de saúde, e já resultou, segundo os relatos, em pelo menos um caso de morte por negligência:

[profissionais] relataram a falta de suporte médico, bem como a ausência de apoio das equipes de outros postos do CIAPS, que se recusariam a atender aos usuários sob alegações de preconceito em relação ao perfil desses pacientes.

Com relação à Rede de Atenção à Saúde (RAS), foram apontadas dificuldades no encaminhamento e atendimento dos pacientes. Relatou-se a existência de barreiras na interlocução com outros serviços de saúde. Um caso emblemático ocorreu no final de 2024, quando um paciente faleceu após receber diagnóstico equivocado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Ele retornou ao hospital com agravamento do quadro e veio a óbito por negligência no atendimento.

[Relatório CRP 18 – CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

Essa recusa, acompanhada da exclusão das pessoas em conflito com a lei de processos como elaboração de PTSs, inclusão em atividades, confinamento, circulação pela instituição e planejamento de alta, caracteriza uma **violência capacitista sistêmica**, baseada simultaneamente na intersecção entre deficiência e na condição jurídica.

A persistência desse modelo de exclusão confirma que, para pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, o sistema não oferece cuidado, mas reclusão baseada na violência, no

estigma e na negação da cidadania. O confinamento compulsório, agravado pela recusa da rede em acolher e corresponsabilizar-se, transforma essas pessoas em corpos sem destino no interior do Estado: silenciados, segregados e desprovidos de reconhecimento social.

3.6.22.5 Ausência de canais de denúncia para os internos

3.6.22.5.1 *Silêncio institucional, medo como norma e a falta de proteção contra violações*

Nas instituições inspecionadas, notamos ser recorrente as pessoas com deficiência psicossocial privadas de liberdade não disporem de meios efetivos, independentes e acessíveis para denunciar situações de violência, negligência ou abuso. A inexistência de canais formais de escuta e responsabilização - sejam internos ou externos - está diretamente relacionada à incidência de tantos abusos e violência institucional a que as pessoas em internação se encontram vulneráveis.

No *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (SC)*, a equipe de inspeção observou ausência de fluxos e orientação às equipes para recebimento e encaminhamento de denúncias, repercutindo gravemente sobre a proteção das pessoas internadas. No *Centro Integrado de Atenção Psicossocial Adauto Botelho (MT)*, os relatos apontaram um cenário de desinformação total: tanto os usuários quanto parte dos profissionais afirmaram desconhecer a existência de qualquer mecanismo para registro de queixas.

A ausência de canais foi acompanhada de denúncias de violência recorrente, o que reforça o ambiente de insegurança e de ausência de mecanismos institucionais de apuração e responsabilização. Dentre as *comunidades terapêuticas*, a *CT Novo Amanhecer*, em Campo Grande (MS), não parece haver qualquer orientação institucional sobre canais de denúncia e que, diante de uma violação, recorreria diretamente à direção da casa:

Quando um membro da equipe recebe uma denúncia de um paciente, ele deve comunicar oficialmente à direção para que as devidas providências sejam tomadas. No entanto, as trabalhadoras mencionaram que não há uma institucionalização formal dos canais de denúncia, nem informações abertas e direcionadas sobre como denunciar abusos verbais, psicológicos, físicos ou sexuais.

[...]

A focalização das denúncias em algumas pessoas, por sua vez, tende a pessoalizar as queixas. Uma vez que o canal de denúncia é alguém específico da instituição, o usuário passa a depender da imparcialidade e boa-fé dessa pessoa. Um dos internos afirmou que, diante do medo, a única opção que lhe resta é o silêncio. [...]

Esses depoimentos refletem um ambiente de vulnerabilidade e falta de mecanismos institucionais que garantam a segurança e a escuta dos assistidos.

[Relatório CRP 12 – HCTP-SC – Florianópolis/SC]

[...] a unidade não conta com um canal seguro para denúncias de violações de direitos, tanto por parte das pessoas internadas quanto dos profissionais. Há indicativos de ocorrências frequentes de violências física, psicológica e sexual contra esses públicos.

[...]

entrevistados afirmaram desconhecer a existência de canais ou meios para realizar denúncias ou queixas relacionadas aos profissionais ou à estrutura da unidade.

[Relatório CRP 18 – CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

O entrevistado [em internação na instituição] informou que não recebeu orientação sobre um canal de denúncia. Ao ser questionado sobre o que faria em caso de violações de direitos, ele afirmou que recorreria à diretoria da unidade para relatar a situação.

[Relatório CRP 14 - Comunidade Terapêutica “Novo Amanhecer” – Campo Grande/MS]

Quando o único caminho possível para denunciar uma agressão é se dirigir a alguém que compartilha do mesmo espaço e da mesma cadeia de comando, não há espaço para confiança, segurança ou justiça. Isso afeta diretamente não apenas a proteção contra abusos, mas a possibilidade de exercício de medidas efetivas de prevenção e combate à tortura nos espaços de privação de liberdade.

3.6.22.6 Óbitos

3.6.22.6.1 Descaso, hipermedicação e ausência de resposta diante de vidas perdidas

As mortes identificadas no curso das inspeções são tristes consequências de uma cadeia de negligências, omissões e violências que integram a dinâmica manicomial. Quando uma pessoa morre sob custódia do Estado em um espaço pretensamente destinado ao cuidado ou mesmo de privação de liberdade, cada ausência de resposta institucional é também um fracasso ético e político da polí-

tica pública em saúde mental e do sistema de justiça, não sendo possível tomá-las com naturalidade ou indiferença diante das condições sistemáticas de violência e tortura a que as pessoas internadas se encontram diariamente submetidas nas instituições inspecionadas.

Considerando as características asilares e as condições precárias de controle externo e de práticas de transparência por essas instituições, não descartamos a possibilidade de subnotificações de ocorrências de vitimização e óbito de pessoas com deficiência psicossocial em privação de liberdade.

No *Centro Integrado de Atenção Psicossocial Adauto Botelho (MT)*, foi relatada a morte de um paciente em 2024 atribuída à **hipermedicação, sem qualquer anotação nos registros oficiais da unidade**, revelando a ausência de transparência, notificação e responsabilização:

foram relatados casos de violência física cometidos contra pacientes, sem o devido registro documental. Em 2024, foi notificada a morte de um paciente, atribuída à hipermedicação, ocorrida dentro da unidade, igualmente sem qualquer anotação formal nos registros.

[Relatório CRP 18 – CIAPS Adauto Botelho – Cuiabá/MT]

Já no *Complexo Médico Penal*, em Pinhais (PR), houve relatos de ocorrência de suicídio e de um caso de morte oficialmente classificado como de causa natural, mas precedido por demora e negligência no socorro à pessoa internada:

[...] o CMP registrou dois óbitos nos últimos seis meses, um deles por suicídio. O outro, embora a causa tenha sido divulgada como "natural", os internos comentam que houve extrema demora para encaminhamento da pessoa ao serviço de saúde, mesmo com os alertas e pedidos e a informação de que ele não se sentia bem.

[Relatório CRP 08 - Complexo Médico Penal (CMP) – Pinhais/PR]

Situação semelhante ocorreu no *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Dr. Arnaldo Amado Ferreira (SP)*, que registrou duas mortes em 2024. Sobre os incidentes de suicídio e autolesão, destaca a ausência de estratégias de abordagem e acolhimento às demais pessoas internadas:

[...] obtive[-se] a informação de duas mortes no ano de 2024: uma por infarto e outra por asfixia mecânica (suposto suicídio por enforcamento). Sobre protocolos referentes a casos de suicídio (posvenção), informaram que não há procedimentos específicos para esses casos, apenas os atendimentos individuais, caso algum interno queira falar sobre o tema.

[Relatório CRP 06 - HCTP Dr. Arnaldo Amado Ferreira – Taubaté/SP]

Essas mortes revelam que o confinamento manicomial continua sendo um espaço onde a vida de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei é tratada com menor valor, e que a morte sob tutela estatal nessas instituições segue ocorrendo, mesmo após a condenação do Estado brasileiro na Corte Interamericana de Direitos Humanos pelo assassinato de Damião Ximenes Lopes.

3.6.23 Violências de gênero

3.6.23.1 Violações ampliadas para mulheres com deficiência psicossocial em conflito com a lei

Na experiência da deficiência psicossocial em privação de liberdade, as mulheres vivenciam vulnerabilidades institucionais manifestadas em variados níveis, intensificadas pela intersecção de diferentes marcadores sociais. Suas trajetórias são invisibilizadas, há ausência de cuidados com observância a suas especificidades e, principalmente, suas condições de institucionalização são mais drásticas em comparação com os homens por serem mulheres.

Os dados das inspeções evidenciam que a experiência de encarceramento no manicômio judiciário é atravessada por marcadores de gênero que intensificam a violência institucional, gerando maior confinamento, hipermedicalização, privação de cuidados íntimos, ausência de protocolos de proteção e negligência com relação à dignidade e à privacidade das mulheres.

Na *Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP)*, em Aracaju (SE), além da escassez de insumos básicos femininos, o contingente limitado de agentes penitenciárias torna vulnerável a situação das mulheres internadas. Os plantões são frequentemente compostos apenas por homens, o que agrava a exposição das mulheres em situações de nudez involuntária, constrangimento e ausência de privacidade:

foi-nos dito que existem 4 equipes que se alternam, porém, atualmente, somente 3 policiais mulheres. Assim, no que diz respeito à abordagem das internas (existem 2 duas no momento), quando é plantão sem policial mulher, tentam ter outros cuidados para garantir a privacidade de uma das internas que costuma ficar despida em sua cela.

[...]

quando é mulher, também existe certa escassez de quantidade de peças como sutiã

[Relatório CRP 19- Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP) – Aracaju/SE]

Em Barbacena (MG), no *HPJJV*, as inspeções conduzidas pelo CRP 04 demonstraram desigualdades materiais evidentes entre os espaços destinados a homens e mulheres. Enquanto os televi-

sores – equipamentos que podem minorar os efeitos deletérios do isolamento social – ficam nas celas masculinas, para as mulheres o acesso ao aparelho é restrito aos momentos de banho de sol e apenas em espaços comuns.

Além disso, o mesmo relatório apontou que, das 17 mulheres internadas, apenas cinco possuíam Projeto Terapêutico Singular (PTS) elaborado, revelando um padrão de desassistência sistêmica em relação ao planejamento de cuidado voltado à essas mulheres. No *Centro de Saúde Penitenciário (CSP)*, em Abreu e Lima (PE), a equipe de fiscalização também relatou que as mulheres são mantidas em maior confinamento do que os homens, e que a circulação feminina é restrita com base na percepção institucional de que “as mulheres são mais agressivas”.

Essa construção de gênero, combinada à medicalização excessiva, reforça uma lógica de disciplinamento e silenciamento das mulheres em sofrimento psíquico. Por fim, no *HCTP de Santa Catarina*, em Florianópolis (SC), a direção da instituição informou que as **mulheres com deficiência psicossocial no estado são distribuídas em presídios comuns**, o que reflete em maiores restrições de circulação, vulnerabilidades e visibilização das condições das mulheres em sofrimento psíquico em privação de liberdade no estado:

Na ala masculina as televisões ficam nas celas. Na ala feminina, ficam nos refeitórios (ou seja, as mulheres só têm acesso à televisão nos horários de banho de sol, quando têm acesso livre ao refeitório) [...].

Das 17 mulheres privadas de liberdade, apenas 5 possuem Projeto Terapêutico Singular (PTS) elaborado, enquanto 12 ainda não têm o documento.

[Relatório CRP 04 - HP]JV – Barbacena/MG]

As mulheres ficam mais confinadas e os homens circulam mais no espaço da unidade.

[...]

Existe diferença no tratamento entre homens e mulheres. As mulheres fazem uso de medicação excessiva devido ao contato social, pois acreditam que elas têm comportamentos mais agressivos. Diante disso, a unidade, por decisão interna, não permite a circulação das mulheres nos pavilhões.

[Relatório CRP 02 - CSP Abreu e Lima/PE]

Apesar desta menção à elaboração de laudos periciais de homens e mulheres, não há atendimento de mulheres no HCTP. Segundo a Direção do HCTP, as mulheres acabam permanecendo em presídios femininos em espaços separados das demais internas

[Relatório CRP 12 – HCTP-SC – Florianópolis/SC]

Esses dados revelam que o modelo manicomial não apenas ignora as especificidades das mulheres com deficiência psicossocial, como também produz formas agravadas de violência por meio da invisibilização de suas necessidades e da padronização dos cuidados sob uma lógica carcerária, disciplinar e concebida a um sujeito-padrão masculino.

3.6.23.2 Contra pessoas trans: violência institucional e cisheteronormatividade nas práticas de internação

Outra dimensão de violação agravada motivada pelo gênero é a vivenciada por pessoas *trans* institucionalizadas, cujo regime é de exclusão, invisibilidade e desrespeito a sua identidade de gênero. Os relatos das inspeções revelam que as unidades visitadas **reproduzem integralmente a lógica cis-heteronormativa e binária do sistema penal**, resultando em alocações compulsórias em alas orientadas pelo gênero designado ao nascer, uso de nomes e pronomes incorretos, ausência de acesso a cuidado especializado e isolamento como política institucional agravada em comparação à maioria *cis* e masculina custodiada.

As visitas realizadas no âmbito desta Inspeção Nacional registraram apenas a presença de mulheres trans e travestis institucionalizadas, não havendo identificação - autodeclarada ou registrada - de homens trans, transmasculinos ou mesmo pessoas não-binárias, cuja presença nos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico é plausível, mas não foi informada às equipes regionais de inspeção. Isso sinaliza, por si só, a invisibilidade com que pessoas *trans* são percebidas nas instituições, além da falta de letramento de gênero de agentes e técnicos em atuação nas instituições.

No caso das mulheres *trans* e travestis com deficiência psicossocial em conflito com a lei, a justificativa para adoção de práticas que intensificam o isolamento e a tutela foi a de que seriam para “protegê-las”. No entanto, a consequência concreta dessa postura é a ampliação dos mecanismos de exclusão que marcam a vida de pessoas *trans*, dentro e fora dos muros dos ECTPs.

No *HPJJV*, em Barbacena (MG), por exemplo, **duas mulheres trans se encontravam permanentemente isoladas em celas masculinas, distantes uma da outra, sem acesso a espaços de convívio e circulação, em nítida violação ao direito de autodeterminação e convivência.** Uma

das mulheres possuía sequer Projeto Terapêutico Singular (PTS), indicando negligência no desenho de possibilidades e acompanhamento terapêutico ao segmento no contexto institucional:

Chamou a atenção que as celas de isolamento do masculino estavam todas ocupadas, em geral com pessoas que estavam há mais de um mês, sendo que duas mulheres trans ficam permanentemente em isolamento nesse tipo de cela nesta ala [...]

No caso das mulheres trans que atualmente estão no HPJJV, elas estão no isolamento, na ala masculina, em celas distantes uma da outra, fazem o banho de sol sozinhas e fazem parte das atividades de Dia de Beleza. A justificativa dada para o isolamento refere-se à “medida de proteção às mesmas”. Contudo, foi questionado o motivo de não estarem na ala feminina, e não houve resposta concreta. [...]

Uma das mulheres trans, que está locada na ala masculina, estava sem PTS.

[Relatório CRP 04 – HPJJV – Barbacena/MG]

No *Complexo Médico Penal (PR)*, os relatos são semelhantes. As mulheres trans e travestis são alocadas em celas separadas dos homens cisgêneros, mas a abordagem institucional mesmo assim é permeada por linguagem desrespeitosa que assinalam a transfobia institucionalizada. Os profissionais e a direção referem-se a elas de forma jocosa, evidenciando a persistência de um modelo de tratamento que nega o reconhecimento identitário mais básico. Na *Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP)*, em Aracaju (SE), a internação de uma mulher trans revelou o despreparo da equipe de segurança, que reforça o elo entre a cisnormatividade e a violência institucional:

As pessoas da população trans e que se declararam parte da população LGBTQIAPN+ estão em cela separada [...] De acordo com a direção, estão sendo realizadas adequações para atender as normativas, mas na entrevista os próprios profissionais não utilizam termos adequados para se referir a essas pessoas custodiadas, se referindo como “aquele lá, aquele trans” (sic).

[Relatório CRP 08 - Complexo Médico Penal (CMP) – Pinhais/PR]

Foi relatado que já houve a internação de mulher trans e que a mesma foi acolhida pelas outras mulheres internadas que estavam no local, no entanto houve dificuldades nas tratativas pela equipe da polícia penal.

[Relatório CRP 19 - Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP) – Aracaju/SE]

Entre as comunidades terapêuticas, na *CT Nova Criatura*, em Campo Grande (MS), uma mulher trans foi internada em uma casa exclusivamente masculina, o que caracteriza uma prática transfóbica institucionalizada:

Anteriormente, entrou uma residente que era uma mulher trans. O que se demonstra preocupante uma vez que a CT acolhe apenas homens, portanto, uma mulher trans ter passado pela casa é um modo de transfobia.

Não se sabe como foi a estadia dela pela casa, porém, apenas o fato de terem aceitado uma mulher trans em uma comunidade terapêutica para homens é alarmante. Ademais, não são feitas capacitações em relação ao público LGBTQIA+ na unidade.

[Relatório CRP 14 - Comunidade Terapêutica “Nova Criatura” – Campo Grande/MS]

A prática de isolar, desidentificar e invisibilizar pessoas trans sob as justificativas de ‘garantia de segurança’ ou ‘ausência de estrutura’ revela, em verdade, a permanência de um modelo institucional ancorado na cisnormatividade e na transfobia estrutural. Reiteramos que esta lógica, própria do sistema penal e manicomial, é incompatível com qualquer proposta de cuidado em liberdade, reabilitação ou atenção psicossocial, contrariando os preceitos da Lei da Reforma Psiquiátrica e os princípios e diretrizes da Resolução n. 487/2023 do CNJ (art.3º, II), cuja população LGBTQIA+ encontra-se dentre os segmentos destinatários de especial atenção e proteção contra formas de discriminação e preconceito.

É importante compreender a gravidade da situação: as pessoas trans com deficiência psicossocial em conflito com a lei são isoladas do convívio, privadas de sua identidade e relegadas a espaços que reforçam – ainda mais – sua exclusão, transformando sua permanência institucional em um *continuum* de violência e despersonalização. As instituições analisadas neste processo inspecional, ao falharem em assegurar o reconhecimento de gênero, o direito ao cuidado singularizado e o acesso a espaços seguros, reforçam o manicômio judiciário como locus cisnormativo de violência de gênero e identidade.

3.6.24 Exploração do trabalho

3.6.24.1 Trabalho forçado, ocupações não remuneradas e substituição de funções estatais

Em diversas instituições inspecionadas, a realização de atividades laborais por pessoas com deficiência psicossocial em internação foi identificada como prática rotineira - sem, entretanto, qual-

quer regulamentação, remuneração ou controle sobre a exploração do trabalho das pessoas em privação de liberdade.

Muito embora a inclusão pelo trabalho e o desenvolvimento de atividades ocupacionais integrem o conjunto de recursos e possibilidades de promoção do bem-estar e do cuidado das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, as equipes locais de inspeção identificaram o trabalho como recurso institucional de arbitrariedades e exploração da mão-de-obra das pessoas internadas, sem o desenvolvimento imprescindível de estratégias singularizadas de participação do trabalho e de atividades ocupacionais no Projeto Terapêutico Singular (PTS) das pessoas com deficiência psicossocial.

Denominadas como trabalho “voluntário”, “laborterapia” ou simplesmente como um trabalho invisível, essas atividades não são formalizadas como trabalho protegido, não preveem remuneração, não possuem garantia de direitos, não caracterizam remissão sobre o tempo das medidas de segurança e substituem diretamente funções que deveriam ser garantidas pelo Estado, como limpeza, manutenção predial, distribuição de alimentos e assistência a outras pessoas internadas.

Nesse sentido, no *Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy*, em Maceió (AL), as pessoas internadas foram encontradas realizando trabalhos variados, realizados sem formalização ou remunerações, recebendo por compensações “privilégios” provenientes das atividades realizadas instituíção, reforçando a lógica do controle institucional por meio de mecanismos perniciosos de punição-recompensa, fora do cuidado singularizado fundamental à dimensão terapêutica, o que também ocorre na *Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP)*, em Aracaju (SE). Já no *CSP*, em Abreu e Lima (PE) e no *HCT-BA*, em Salvador (BA), os internos são responsáveis pela lavagem de roupas, pela limpeza dos pavilhões, pela organização dos refeitórios e pela coleta de lixo, tarefas também realizadas sem qualquer controle ou transparência.

Na *PPF*, em João Pessoa (PB), o uso do trabalho de internos na unidade envolve atuação na faxina e na cozinha, sem remuneração, sem transparência nos critérios para seleção, sem preocupação com qualquer tipo de dimensão terapêutica individualizada das pessoas institucionalizadas. A exploração de habilidades e possibilidades das pessoas com deficiência sem remuneração ou formalização de vínculo ou abordagem psicossocial comparece também em outras unidades inspecionadas:

Há dois internos que realizam trabalhos na unidade masculina. Suas funções incluem: a) abrir e fechar as portas das alas – de maneira supervisionada; b) acompanhar usuários até as salas de atendimento em dias de consulta; c) chamar a equipe de saúde em caso de crise ou necessidade de atendimento médico; e d) retirar o lixo.

As pessoas que fazem esse trabalho também têm um dormitório diferente dos demais, com mais privacidade e uma parte com menos dormitórios que outras celas. Além disso, de acordo com a funcionária, há um interno que fica na função de pegar o pão, o que totaliza uns quatro ou cinco que prestam algum serviço. Segundo ela, aqueles internos que desempenham atividades laborais na unidade o fazem de maneira voluntária

[Relatório CRP 15 - Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ) – Maceió/AL]

[...] existe uma cela em que estão agrupados três homens e que fazem algum tipo de serviço na unidade [...]

Existe um rodízio entre internos [...] no suporte à distribuição das quentinhas para demais internos. Justificaram essa estratégia como uma terapêutica ocupacional.

[Relatório CRP 19 - Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP) – Aracaju/SE]

Foi informado que as pessoas privadas de liberdade lavam seus pertences como uniformes, roupas íntimas, lençóis e cobertas, bem como auxiliam no refeitório, coletando as bandejas.

[Relatório CRP 03 - Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia (HCT-BA) – Salvador/BA]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição diz que] Os próprios usuários são responsáveis pela lavagem de suas roupas e pela limpeza dos pavilhões e banheiros. Não tem máquina de lavar roupa.

[Relatório CRP 02 - Centro de Saúde Penitenciário (CSP) – Abreu e Lima/PE]

[Em entrevista, pessoa em internação na instituição] Menciona que conhece outros usuários que trabalham na unidade, na área interna da unidade, na faxina. Não sabe se outros usuários trabalham ou fazem faxina em outros espaços da unidade. Que não sabe informar

os critérios que selecionam para o trabalho. Disse que foi voluntário para trabalhar na faxina interna. E que tem interesse em continuar trabalhando. Informa que não recebe pagamento e disse que trabalha há dois anos.

[Em entrevista, outra pessoa em internação na instituição] Mencionou que trabalha na limpeza e que sabe de um usuário que trabalha na cozinha e na limpeza. Relatou que tem um papel que um funcionário escreve os nomes de quem vai realizar esses trabalhos, e a decisão parte dos funcionários. Não soube dizer se há remuneração para esse tipo de trabalho nem orientações e explicação do porque faz esse tipo de trabalho.

[Relatório CRP 13 - Penitenciária de Psiquiatria Forense (PPF) – João Pessoa/PB]

A Unidade não conta com profissionais da limpeza, a mesma é realizada pelas próprias pessoas custodiadas e servidores.

Quando questionado sobre as atividades que realizava e o cotidiano na instituição, o homem [em internação na instituição] disse fazer serviços de limpeza, ajudar a receber as comidas da unidade e gostava de realizar trabalhos manuais, que aconteciam dentro de sua cela/leito

[Relatório CRP 17 - Unidade Psiquiátrica de Tratamento e Custódia (UPCT) – Natal/RN]

No *Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJVV/MG)*, a despeito da alegação pela direção institucional da inexistência desse tipo de exploração, durante a inspeção foi constatada a atuação de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei atuando na lavanderia e na limpeza, sem contrato ou remuneração pelo trabalho executado. Em troca do trabalho, os internos recebem “certas liberdades” ou alimentação diferenciada - o que configura, na prática, novamente uma moeda de troca institucionalizada e perversa:

A gestão afirmou não ter conhecimento de que as pessoas internadas realizem trabalhos internos na instituição, justificando que isso não ocorre porque os internos não estão em cumprimento de pena e, portanto, não podem remir pena nem receber qualquer tipo de pagamento pela atividade desempenhada.

No entanto, durante a visita monitorada da inspeção, foi constatado que a limpeza das alas é realizada pelos próprios internos, além da observação da presença de pessoas internadas trabalhando na lavanderia no momento da visita. A situação foi confirmada por traba-

lhadores(as) da unidade, que relataram que essas atividades são desenvolvidas de maneira “voluntária” pelos internos[...]

Alguns membros da equipe informaram ainda que aqueles que colaboram na lavanderia acabam tendo “certas liberdades” em troca do trabalho, sendo comum a expressão “eles chamam de pagar a alimentação” para se referir a essa dinâmica. Ou seja, embora oficialmente não se configure como trabalho, na prática, há uma relação de troca que pode ser interpretada como uma forma de compensação [...]

Outra pessoa entrevistada reforçou essa informação ao relatar que, até 2020, a unidade não dispunha de uma equipe de limpeza terceirizada ou própria, e que a manutenção da limpeza das celas e de outros espaços era realizada pelos próprios internos

[Relatório CRP 04 - HP]JV – Barbacena/MG]

No *HCTP Dr. Arnaldo Amado Ferreira*, em Taubaté (SP), e no *HCTP Roberto Medeiros*, no Rio de Janeiro (RJ) a exploração do trabalho das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei é desempenhada sem observância à dimensão terapêutica ou das demandas de cuidado que caracterizam um estabelecimento de saúde:

A modalidade de trabalho oferecida aos internos não se sustenta na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Evidencia-se a necessidade de superação da utilização de mão de obra dos moradores como forma de ocupação ou para evitar-se a ociosidade no HCTP. A inserção social pelo trabalho alinhada ao cuidado em saúde mental se sustenta em outras perspectivas, por exemplo: em espaços no território como um dos eixos fundamentais no processo de reabilitação psicossocial.

[Relatório CRP 06 - HCTP Dr. Arnaldo Amado Ferreira – Taubaté/SP]

Há apoio de usuários nos serviços da unidade - a mesma lógica dos “faxinas” do Sistema Prisional. No momento de nossa visita, 08 usuários cumpriam tais funções.

[Relatório CRP 05 - Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros – Rio de Janeiro/RJ]

Nas **alas psiquiátricas prisionais**, como nas Unidades Prisionais Femininas e Masculinas, em Rio Branco (AC), há registros de pessoas em medida de segurança atuando como auxiliares da equipe, distribuindo medicamentos e vigiando outros internos, o que representa substituição de servidores:

Na ala feminina, as duas mulheres que cumprem medida de segurança são responsáveis pela manutenção e higienização de suas celas.

[Relatório CRP 24 - Unidade Prisional Feminina – Rio Branco/AC]

Na ala psiquiátrica da unidade masculina, foi observado que três apenados desempenham funções relacionadas ao monitoramento dos internos em medida de segurança, além de auxiliarem na distribuição de medicamentos e na limpeza das celas.

[Relatório CRP 24 - Unidade Prisional masculina Francisco de Oliveira Conde (FOC)– Rio Branco/AC]

Em Macapá (AP), no *Centro de Custódia Novo Horizonte (CCNH)*, internos em privação de liberdade são os designados como “cuidadores” responsáveis por tarefas de limpeza, vigilância e apoio à equipe técnica como trabalho. No entanto, sua jornada de trabalho e atribuições não possuem limites definidos. Dormem nas mesmas celas dos demais internos, organizam o cotidiano da unidade e auxiliam inclusive servidores públicos sob a justificativa de que colaboram para redução de pena:

Os “cuidadores” que são pessoas em conflito com a lei, que vão para o local como forma de reduzir a sua pena ao realizar “trabalhos voluntários”, ficam responsáveis por ajudar na limpeza adequada das celas, ajudar na manutenção do centro de custódia, receber e distribuir a alimentação dos internos, acompanhar e vigiar os internos, entre outras atividades que sejam solicitados, visto que suas atividades não estão pré-estabelecidas em nenhum documento.

Sendo as atividades executadas pelos “cuidadores” de cuidado constante com os internos, dormindo nas mesmas celas que eles inclusive. O que de certa forma também diminui os custos da gestão com mais funcionários, com equipe de limpeza e manutenção para o centro, sendo que o mesmo presta auxílio até para os funcionários, a equipe de saúde e de segurança, ao realizar a organização dos internos e demais atividades mencionadas. Apesar de ser um trabalho voluntário, que de certa forma a remuneração é a diminuição da pena, é necessário estar claro quais os limites dos trabalhos que os mesmos irão executar

[Relatório CRP 10 - Centro de Custódia Novo Horizonte (CCNH) – Macapá/AP]

Dentre as comunidades terapêuticas, a exploração do trabalho das pessoas internadas é justificada como uma atividade terapêutica, mas sua definição é dada em função das demandas de ma-

nutrição da instituição, sem formalização, contrato, remuneração. Na *CT Nova Criatura* e na *CT Novo Amanhecer*, em Mato Grosso do Sul, o trabalho é obrigatório, não há possibilidade de recusa ou remuneração, e a escala de atividades é rígida. Os internos atuam na limpeza, cozinha, horta, manutenção da casa e até na comercialização de pães em via pública, sem qualquer vínculo formal:

todos da unidade são submetidos à “laborterapia”, modalidade terapêutica já prevista na rotina, por isso entende-se que não há possibilidade de escolha por parte do interno em relação a quais atividades deseja realizar no dia. A Laborterapia expressa-se na realização da limpeza da unidade ou de trabalhos voluntários dentro da unidade [...]

[em entrevista, pessoa em internação relata rotina na instituição que] às sete horas começa a vistoria nos quartos para todos os internos levantarem e organizarem os leitos, mediante esta organização que é liberado o café. Os internos que limpam o local através de uma escala e rodízio entre eles, já os que ficam na cozinha são internos, porém ficam fixos na cozinha (trabalham em escala de 12X36) [...]

[em pergunta se as pessoas internadas exercem atividade de trabalho na unidade entrevista em internação relata que] sim exercem, na limpeza, na cozinha e na organização do local. Não ocorre seleção, é realizado escala de rodízio e não recebem nenhuma remuneração, faz parte da norma da instituição. A frequência é diária [...]

[em entrevista, outra entrevistada em internação relata rotina na instituição que, para recém-chegados,] pode ficar 3 dias sem obrigações com a Casa. Depois passa a ser obrigada a participar das atividades. As pessoas podem ser acolhidas à noite, se houver vaga e com autorização do supervisor [...]

[ao ser questionado sobre a adequação da manutenção realizada na instituição, pessoa entrevistada relata que] Quando precisa de conserto em casa, eles mesmo fazem. “Muitos moradores são profissionais de mão cheia” [...].

[em entrevista, pessoa em internação, sobre a condição de trabalho “voluntariado” na instituição, descreve que] Cargos do voluntariado – secretariado, motorista, almoxarifado, plantonista (2), cozinheiro, “rapaz” do remédio; Voluntários da casa – basta aparecer a oportunidade, fazer o teste e tá ali junto; Motorista mora na casa de baixo (pós 6 meses); Trabalha das 7h-11h 13h-17h, voluntariado, pediu com 3 meses a oportunidade para trabalhar lá quando outro voluntário com 5 meses, saiu e retornou para as drogas.

[Relatório CRP 14 - Comunidade Terapêutica “Nova Criatura” – Campo Grande/MS]

[ao ser questionado sobre a adequação da manutenção realizada na instituição] O entrevistado considera adequada a manutenção da unidade, destacando que as intervenções ocorrem com frequência e são realizadas pelos próprios internos [...]

[em entrevista, pessoa em internação, sobre trabalho na instituição, descreve que] No contexto da atividade laboral, cada indivíduo desempenha uma função específica na cidade. Alguns são responsáveis pelos cuidados com os porcos, outros dedicam-se à horta ou à cozinha, seguindo um sistema de escalas. Além disso, há a comercialização do pão, que ocorre em via pública [...]

Toda a produção da horta e da arrecadação do pão é destinada à unidade. Há uma divisão clara entre atividades internas e externas: algumas pessoas são designadas para funções externas, como a venda do pão, enquanto outras realizam tarefas internas, como o cuidado com os animais e a manutenção geral [...]

[acerca dos trabalhos desenvolvidos na instituição, outra pessoa interna entrevistada relata que] “Eu cuido da casa, da cozinha nos finais de semana, limpo os quartos e banheiros.” Cuida das atividades das 7h30 às 11h com calma para não ficar parado. O líder é quem delibera sobre as atividades, mas pode conversar caso não goste de desenvolver algo.

[Relatório CRP 14 - Comunidade Terapêutica “Novo Amanhecer” – Campo Grande/MS]

A exploração laboral de pessoas com deficiência psicossocial sob custódia institucional opera sob o disfarce de ocupação terapêutica e contribui diretamente para a normalização do encarceramento e do trabalho com características análogas à escravidão sob outras formas. O trabalho institucional não regulado, sem liberdade de escolha, sem remuneração e sem contrato é **parte do regime de disciplinamento e contenção que sustenta o modelo manicomial em sua dimensão contemporânea, atravessando antigas e novas formas institucionais**. São situações que demonstram a aproximação com experiências de trabalho análogo ao escravo e que precisam ser firmemente denunciadas aos órgãos competentes.

3.6.25 Religião

3.6.25.1 Violação da liberdade de crença e uso da espiritualidade como dispositivo de controle institucional

O direito à liberdade de consciência, crença e culto é garantido pela Constituição Federal dentre as liberdades fundamentais. Contudo, as inspeções reiteram achados de relatórios anteriores que, nas instituições de características asilares, a religião deixa de ter um espaço complementar e de adesão voluntária de apoio espiritual para se tornar um mecanismo institucional de controle, coerção e moralização dos sujeitos internados e suas necessidades, se tornando instrumento de colonização, assédio e violência.

Dentre os manicômios judiciais, no *HCTP Arnaldo Amado Ferreira*, em Taubaté (SP), a direção mantém exposto em sua mesa um livro de cunho evangélico, e há símbolos religiosos cristãos distribuídos nos ambientes da instituição, em evidências explícitas de **imposição simbólica e material de determinadas doutrinas religiosas** sobre o espaço institucional e a vida cotidiana das pessoas internadas:

Algo observado no momento da visita foi uma pilha de livros intitulados “O prazer da vingança: Como superar o passado e libertar a alma do cárcere”, do Bispo Evangélico Edir Macedo, o que aponta para uma possível distribuição de material religioso para os profissionais da unidade. Ressalta-se que uma cópia desse livro fica exposto na mesa da direção e que existem exemplares em outros pontos do HCTP.

Além do livro, na sala da direção do hospital também foram observados uma imagem de Nossa Senhora Aparecida embaixo do vidro da mesa, frases expostas na parede, como: “Deus abençoe e guarde este local” e “É impossível para um homem aprender aquilo que ele acha que já sabe”, e um crucifixo grande de madeira pendurado no centro e no alto da parede, acima da cadeira do diretor da unidade.

[Relatório CRP 06 - HCTP Dr. Arnaldo Amado Ferreira – Taubaté/SP]

No *HCTP (RJ)*, a equipe de inspeção presenciou a realização de um culto evangélico na porta da galeria feminina, com participação compulsória, o que configura flagrante imposição doutrinária e desrespeito à liberdade religiosa:

Observamos, durante a visita, uma certa lógica de participação compulsória em um dos cultos promovidos por uma Igreja Evangélica, que foi realizado na porta da galeria feminina, não conferindo a possibilidade de não participação às usuárias que não desejassem.

[Relatório CRP 05- Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros – Rio de Janeiro/RJ]

A situação agrava-se nas **comunidades terapêuticas**, onde a religião não apenas permeia, mas estrutura todo o programa de “recuperação”. Em Campo Grande (MS), na *CT Nova Criatura* e na *CT Novo Amanhecer*, a rotina institucional é organizada com base em atividades religiosas obrigatórias, como devocionais, cânticos, leituras bíblicas e discursos sobre “mudança de caráter”, sempre ancorados em interpretações moralizantes de fé cristã. Os internos não têm opção real de recusa ou de expressão de outras formas de espiritualidade:

[...] essa Comunidade Terapêutica tem um foco maior no acolhimento e reabilitação de adictos, além disso, eles acolhem apenas homens. No âmbito da reabilitação, eles fazem o uso do método dos 12 passos. O método foi iniciado pelos Alcoólicos Anônimos (AA) e é difundido mundialmente, ele tem um cunho religioso e espiritual, incentivando os adictos a entenderem que se tornam impotentes perante ao vício, tornando procurar a Deus como um dos passos. É importante, entretanto, contextualizar que esse Deus dentro do programa de 12 passos, não se trata apenas do Deus cristão, mas como a pessoa enxerga o “seu próprio Deus”. De qualquer maneira, é um programa com cunho religioso e fácil de manipular para um viés específico [...]

a CT estimula muito a questão da religiosidade, eles possuem horários para atividades religiosas (devocional) e facilitam para que os residentes vão para a igreja. Algumas vezes, durante a semana, a congregação visita a casa.

[...] não foi relatada assistência para outras religiões, como as religiões de matriz africana ou espiritismo. Com isso, se levanta a questão de quando, pela proximidade que a CT tem com a igreja, é apenas a religião da maioria dos internos e passa a ser uma imposição. Outro fator que corrobora com a questão é que o método utilizado, como foi explicado anteriormente, tem muita influência religiosa. Foi observado durante a inspeção que muitas coisas na Comunidade são tendenciosas para a igreja evangélica.

[Relatório CRP 14 - Comunidade Terapêutica “Nova Criatura” – Campo Grande/MS]

A partir dos relatos dos moradores e da própria administradora, entende-se que o programa de tratamento é pautado em reflexões religiosas e foi elaborado pela diretora da unidade, que também é pastora, a qual refere-se aos internos como “seus alunos”. A rotina é composta por orações, leituras da Bíblia, cânticos e hinos. Segundo a pastora, o objetivo é promover a mudança de caráter dos internos, sendo essa mudança avaliada por meio da observação direta de seus comportamentos, realizada pela própria diretora [...]

Segundo outro morador, a rotina envolve, após as atividades religiosas da manhã, realização das atividades laborais, que são organizadas em escalas. Informou que não há acesso à televisão, exceto para assistir a programações religiosas ou treinamentos vinculados a esse tema. Afirmou que as visitas recebidas são, em sua maioria, de entidades religiosas, que promovem dinâmicas relacionadas à fé.

[Relatório CRP 14 - Comunidade Terapêutica “Novo Amanhecer” – Campo Grande/MS]

Em ambas as instituições, as visitas são predominantemente de entidades religiosas, não há acesso à televisão exceto para conteúdo religioso, e os programas de acolhimento e internação estão diretamente ligados à atuação de lideranças religiosas da casa - configurando um modelo de religiosidade compulsória institucionalizada.

A espiritualidade pode e deve ser compreendida como uma dinâmica particular da experiência de pessoas com deficiência em conflito com a lei, desde que sua vivência se dê de forma voluntária, plural e respeitosa. Nenhuma forma de religiosidade deve ser imposta, e o cuidado deve ser culturalmente apropriado e baseado na escolha livre e informada da pessoa. Quando imposta como regime, estruturada como rotina institucional e utilizada como critério de avaliação da conduta ou do “progresso” dos sujeitos, a religiosidade passa a operar como dispositivo de controle, silenciamento e produção de sujeição moral, configurando-se como prática inaceitável de violência.

3.6.26 A atuação profissional nas Instituições

Outro aspecto crítico identificado nos relatórios regionais é a precariedade na composição das equipes multiprofissionais. Em muitos estabelecimentos, há ausência de profissionais essenciais ao cuidado interdisciplinar, como assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psiquiatras. Quando presentes, esses profissionais muitas vezes atuam sob vínculos instáveis, contratos temporários ou jornadas reduzidas, impossibilitando o acompanhamento continuado, a construção de vínculo, a efetivação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e o apoio na implementação de estratégias de desinstitucionalização.

Além disso, a sobrecarga e a rotatividade das equipes comprometem diretamente a qualidade do cuidado, enquanto a presença constante de agentes de segurança evidencia a fragilidade da linha de cuidado face ao regime de controle característico das instituições inspecionadas.

Na *Unidade Psiquiátrica de Tratamento e Custódia (UPCT)*, no Rio Grande do Norte, a composição da equipe está gravemente comprometida: não há assistente social, o psiquiatra está ausente desde 2024, e o único técnico de enfermagem é cedido de outro hospital, sem vínculo funcional direto com a unidade. No *Complexo Médico Penal (CMP)*, em Pinhais (PR), há apenas três psicólogas

para atender todo o segmento em privação de liberdade na instituição, dos quais dois desses profissionais são recém-contratados temporários.

No *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP-SC)*, atualmente, há apenas uma profissional efetiva, impossibilitada de responder à alta demanda. A rotatividade decorrente de contratos temporários compromete o cuidado e tem provocado o adoecimento das trabalhadoras, que relataram não conseguir usufruir de direitos básicos como férias e licenças médicas.

Situação semelhante é observada na *Unidade Prisional Feminina e na Unidade Masculina Francisco de Oliveira Conde (FOC)*, alas psiquiátricas em unidades prisionais ambas situadas em Rio Branco (AC), onde apenas duas psicólogas atendem toda a população feminina encarcerada, e um único psicólogo é responsável pela ala psiquiátrica da unidade masculina, revelando o dimensionamento completamente inadequado das equipes:

A respeito da composição da equipe de saúde e do dia a dia de trabalho, identificou-se que a unidade não possui Assistente Social, está sem Psiquiatra próprio desde novembro de 2024, dispõe de um(a) Técnico(a) de Enfermagem por dia - que realiza plantão de 12h, sendo este cedido do Hospital Geral Dr. João Machado - e um(a) Psicólogo(a) com dois(duas) estagiários(as).

[Relatório CRP 17- Unidade Psiquiátrica de Tratamento e Custódia (UPCT) – Natal/RN]

[...] o Complexo Médico Penal que abriga 445 pessoas conta com apenas três profissionais de Psicologia em seu quadro, sendo dois deles contratados de forma temporária e iniciado as atividades há menos de um ano no local.

[Relatório CRP 08- Complexo Médico Penal (CMP) – Pinhais/PR]

Na entrevista com as trabalhadoras verificou-se que entre 2012 e 2019 o setor de psicologia era composto por três psicólogas concursadas, o que permitia o estabelecimento de equipes de referência com os internos e diminuía o número de pacientes sob responsabilidade de cada profissional, viabilizando um acompanhamento mais próximo e individualizado. Contudo, essa configuração foi comprometida com a perda de profissionais. Hoje só há uma psicóloga na unidade, o que não é suficiente para atender a alta demanda dos pacientes [...]

A falta de pessoal, segundo as trabalhadoras, torna o trabalho insustentável, impossibilitando a oferta de um atendimento de qualidade e provocando o adoecimento das profissionais. Relataram, por exemplo, que houve período em que uma das psicólogas, sobrecarregada, precisou ser remanejada para atividades administrativas no gabinete da diretora para preservar sua saúde. A sobrecarga é tão grande que afeta a possibilidade de usufruir de direitos trabalhistas, como licenças e férias. [...] As trabalhadoras comentaram que é difícil até mesmo o afastamento por motivos de saúde [...] foram realizadas contratações através de processos seletivos. A maior rotatividade deste tipo de contrato dificulta a criação de vínculo e o envolvimento das profissionais com a instituição.

[Relatório CRP 12 – HCTP-SC – Florianópolis/SC]

[...] a grave insuficiência de profissionais nos serviços inspecionados reforça a precarização do atendimento e compromete o acesso a direitos fundamentais. Na Unidade Prisional Feminina, por exemplo, há apenas duas psicólogas para atender toda a população encarcerada. E, na ala psiquiátrica da unidade masculina, apenas um psicólogo para toda a demanda.

[Relatório CRP 24 - Unidade Prisional Feminina e Unidade Prisional masculina Francisco de Oliveira Conde (FOC) – Rio Branco/AC]

Dentre as Comunidades Terapêuticas, a CT “**Novo Amanhecer**”, em Campo Grande (MS) tem como profissional de referência uma única assistente social voluntária. Todo o funcionamento cotidiano recai sobre os próprios internos, descaracterizando qualquer orientação de trabalho terapêutico:

No que se refere à avaliação dos Recursos Humanos, a administradora, informou que o Centro de Reabilitação “Novo Amanhecer” conta apenas com apoio de uma assistente social que trabalha dois dias na semana de maneira voluntária e dos pacientes/moradores.

[Relatório CRP 14 - Comunidade Terapêutica “Novo Amanhecer” – Campo Grande/MS]

Para além das ausências de profissionais de referência em saúde mental, a precarização do vínculo das trabalhadoras e trabalhadores compromete de maneira estrutural a continuidade, a ética e a qualidade do cuidado oferecido às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei. A ausência de vínculos estáveis, a terceirização generalizada e o desvio de função operam como mecanismos concorrentes da negligência estatal, impactando diretamente o vínculo entre profissionais e

usuários, o planejamento terapêutico e a possibilidade de construção de práticas pautadas na atenção psicossocial.

É o que observamos no *Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros (HCTP-RJ)*, onde psicólogas em regime de contratação terceirizada são burocraticamente alocadas e redistribuídas nas unidades por meio de decisões administrativas sem compromisso com o vínculo e o cuidado em saúde mental das pessoas em privação de liberdade atendidas, repercutindo sobre as condições de trabalho das psicólogas e inclusive sobre seus direitos trabalhistas.

No *HCTP Henrique Roxo*, em Niterói (RJ), a ausência de concursos públicos acarreta a **atuação de profissionais em desvio de função**, com agentes penitenciários assumindo tarefas típicas de profissionais da saúde como técnicos e auxiliares de enfermagem. No *Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ)*, em Maceió (AL), a maior parte dos profissionais da saúde atua sob contratos precários, oriundos de **processos seletivos simplificados**, sem garantias trabalhistas.

Essa configuração limita a atuação crítica e política das equipes. O relatório do CRP local aponta a urgência de transformar essas funções em cargos públicos estáveis, com plano de carreira compatível com as prerrogativas legais da psicologia, **garantindo equidade entre trabalhadores da saúde e da segurança pública:**

[...] psicólogas(os) atualmente são todas(os) lotadas(os) na Coordenação de Psicologia e encaminhadas(os) administrativamente às unidades, o que gera instabilidade de continuação dos projetos e serviços desenvolvidos e, até mesmo, de pagamento (deixam de receber gratificações ou verbas específicas destinadas a trabalhadores de hospitais), fatores estes que geram alta rotatividade de profissionais na instituição [...]

A rotatividade [de profissionais] impacta diretamente no processo de vinculação, fundamental para a continuidade do acompanhamento aos usuários. Há uma produção do modelo manicomial como principal alternativa, a partir dessa precarização dos dispositivos que propõe outras respostas às questões em pauta

[Relatório CRP 05 - Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros – Rio de Janeiro/RJ]

[...] a equipe relatou situações que identificamos desvio de função, com agentes ocupando funções que deveriam ser de profissionais de saúde como enfermeiros, técnicos e auxiliares. O último concurso para quadro técnico foi em 2001. Com isso, há baixa renovação das equipes técnicas e com eventuais desligamentos ou aposentadorias, a SEAP decidiu integrar

a equipe multidisciplinar com policiais penais (aqueles que porventura tiverem as graduações em áreas próximas às de saúde).

[Relatório CRP 05 - HCTP Henrique Roxo – Niterói/RJ]

A maioria dos profissionais da saúde são contratados via processo seletivo, sem as devidas garantias trabalhistas, configurando vínculo precário de trabalho [...]

entendemos que pelos contratos configurarem-se majoritariamente em contratos precarizados, sem a devida estabilidade decorrente do ingresso mediante concurso público, os profissionais acabam tendo limitações na sua atuação, bem como na disputa por condições mais dignas [...]

A estrutura verticalizada impõe decisões que são tomadas de cima para baixo no contexto do judiciário e muitas vezes impacta no fluxo de trabalho da psicologia, por esse motivo, recomenda-se a criação de um documento unificado que possa ser enviado as assembleias legislativas estaduais, bem como para as respectivas secretarias de governo, que contenham os impactos significativos das ações da psicologia no complexo do sistema prisional para que tal atuação seja transformada efetivamente em cargo público, com plano de cargos e carreiras compatível com a atuação, de acordo com as devidas prerrogativas legais conferidas por lei para a Psicologia, garantindo uma posição mais equitativa do trabalho do setor de saúde em comparação com profissionais da segurança pública já regulamentados.

[Relatório CRP 15 - Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy (CPJ) – Maceió/AL]

Nas Unidades Prisionais Comuns inspecionadas no estado da Bahia, a precarização de vínculos se expressa por meio de **terceirizações em larga escala**. No *Presídio Salvador*, os serviços de limpeza, motoristas, alimentação e equipe de saúde são todos terceirizados. No *Conjunto Penal de Brumado*, os serviços terceirizados incluem psicologia, enfermagem, psiquiatria, terapia ocupacional, odontologia e clínica médica.

Já no *Conjunto Penal de Eunápolis*, dos cerca de 270 funcionários, os únicos concursados são policiais penais, enquanto todos os demais são terceirizados — confirmando a perigosa privatização da administração penitenciária e a concomitante substituição do serviço público de saúde por contratos instáveis e rotativos:

Tanto a limpeza da unidade como o serviço dos motoristas são terceirizados pela empresa CRETA, a alimentação é terceirizada e as marmitas são fornecidas pela empresa PLB e a equipe de saúde também é terceirizada pela empresa ISAS.

[Relatório CRP 03 - Presídio Salvador – Salvador/BA]

tem-se enquanto serviços terceirizados: segurança, limpeza, alimentação, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, odontologia, pedagogia, psiquiatra, médico clínico, entre outros.

[Relatório CRP 03 - Conjunto Penal de Brumado – Brumado/BA]

Ao total, há aproximadamente 270 funcionários (sendo 6 concursados = 6 policiais penais e, os demais funcionários terceirizados)

[Relatório CRP 03 - Conjunto Penal de Eunápolis – Eunápolis/BA]

3.6.26.1 Ausência de estrutura mínima para exercício profissional e trabalho digno

Outra dimensão de violação aos direitos trabalhistas das profissionais nas instituições inspecionadas são condições físicas e materiais de exercício profissional, que constituem sérios obstáculos à atuação das equipes técnicas nos estabelecimentos inspecionados, em particular, das psicólogas e psicólogos. Locais de atendimento inadequados, ausência de privacidade, precariedade sanitária e desrespeito às prerrogativas dos profissionais compõem o cenário que compromete o cuidado prestado, fere frontalmente o direito ao trabalho digno e as condições mínimas exigidas ao exercício profissional.

É o que observamos na *Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP)*, em Aracaju (SE), onde o espaço destinado ao atendimento psicológico se resume a uma sala pequena, mal ventilada, com cheiro de mofo, ar-condicionado quebrado e sem garantia de privacidade, cadeiras apropriadas ou proteção acústica. Igualmente, no *Centro de Saúde Penitenciário (CSP)*, em Abreu e Lima (PE), as salas de atendimento não têm trancas nem isolamento sonoro, prejudicando o sigilo e a autonomia no exercício profissional para o cuidado em saúde das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei sob acompanhamento.

Ainda no *CSP*, profissionais relataram a presença de pragas, a inexistência de água potável e a falta de internet para operacionalização do sistema administrativo ou do prontuário eletrônico. Além da infraestrutura para o exercício profissional, os locais de descanso das(os) trabalhadoras(es) também se encontram em condições degradantes.

No *HPJJV*, em Barbacena (MG), a área reservada para repouso das equipes é denunciada como um lugar abafado, escuro e improvisado, sem condições dignas para o apoio e o cuidado daquelas e daqueles que cuidam. A ausência dessas condições compromete a segurança dos atendimentos, a confidencialidade das informações e o mínimo de dignidade no cotidiano das equipes:

[em relação ao] local de atendimento da psicóloga, tratava-se de uma sala muito pequena, com duas mesas tipo birô, um armário simples de duas portas e um ar condicionado avariado. A sala apresentava cheiro de mofo, além de muito quente. Como o ar condicionado não estava funcionando, a sala precisava ficar entreaberta, inviabilizando a garantia do sigilo e da privacidade dos atendimentos.

[Relatório CRP 19 - Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP) – Aracaju/SE]

As duas profissionais [psicólogas] entrevistadas informam que as portas das salas, onde acontece os atendimentos, estão sem trancas, não existe proteção acústica e existe inúmeras interrupções por parte de alguns usuários e profissionais de outras categorias, que atuam no mesmo espaço[...]

Na equipe de psicologia, existe uma sobrecarga de demanda, seria interessante a contratação de mais profissionais, pois o quadro é insuficiente [...]

[trabalhadora entrevistada diz que] As coletas de lixos acontecem todos os dias, mas às vezes tem roedores. Não falta água, mas não é potável. por isso não bebem água na unidade, trazem de casa. A internet da unidade é ruim.

[Relatório CRP 02 – CSP – Abreu e Lima/PE]

[...] falta de estrutura adequada nos locais de descanso da equipe, sem camas e sem ventilação adequada. Durante a visita monitorada, a equipe teve a oportunidade de conhecer um

desses locais (na ala feminina). Trata-se de um espaço mal iluminado, que está sendo utilizado como um depósito de colchões, sem condições adequada para a finalidade declarada.

[Relatório CRP 04 - HPJJV – Barbacena/MG]

Além disso, nos deparamos com preocupação com relatos inaceitáveis de assédio institucional e desrespeito à atuação das equipes de saúde nos manicômios judiciários. No *Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV)*, foram relatadas demissões em retaliação e assédio de policiais penais contra a atuação das equipes de saúde.

De modo semelhante, no *CSP*, além de intervirem sob a esfera de atuação profissional, agentes penais ridicularizam o fazer da Psicologia, demonstrando um ambiente de hostilidade, intimidação e desvalorização do cuidado que prejudica e violenta não apenas as pessoas com deficiência psicossocial em privação de liberdade, mas também as profissionais que lutam pelo cuidado e a cidadania das pessoas atualmente institucionalizadas:

[...] já houve contrato não renovado, devido retaliação. Informa que há relatos de que era um(a) trabalhador(a) mais questionador(a) e que sofria assédio moral no HPJJV.

Uma pessoa da equipe relatou se sentir constrangida pelos policiais penais, que, dentre outras “brincadeiras de mau gosto”, dizem “leva para a sua casa”, referindo-se às pessoas privadas de liberdade.

[Relatório CRP 04 - HPJJV – Barbacena/MG]

[...] alguns grupos de profissionais ridicularizam o fazer da Psicologia.

[...] Queixam-se de alguns profissionais (policiais penais) que adentram no fazer técnico da psicologia.

[Relatório CRP 02 - Centro de Saúde Penitenciário (CSP) – Abreu e Lima/PE]

3.6.26.2 Formação e capacitação

A ausência de formação permanente e qualificada das equipes é mais uma das limitações estruturantes percebidas nos manicômios judiciários e instituições congêneres em que pessoas com deficiência psicossocial se encontram custodiadas, com sérias consequências ao desempenho do trabalho

dessas equipes em favor da implementação da Política Antimanicomial no âmbito da justiça criminal. A formação contínua é condição fundamental para o cuidado em liberdade, a escuta qualificada, o manejo adequado de crises e o desempenho da articulação intersetorial. No entanto, o que se observa nesses espaços sem formação é a perpetuação de uma cultura institucional autoritária, em que as capacitações, quando existentes, priorizam a cristalização do controle e da vigilância, não o cuidado.

No *Centro de Custódia Novo Horizonte (CCNH)*, em Macapá (AP), por exemplo, **a única capacitação existente foi oferecida exclusivamente à equipe de segurança**, nenhuma ação formativa contemplando a equipe de saúde mental. Em Florianópolis (SC), no *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP-SC)*, **a única ação formativa relatada foi promovida por uma estagiária de psicologia**, que organizou oficinas com as(os) trabalhadoras(es). A ausência de estratégias de educação permanente em saúde reflete sobre dificuldades de integração e suporte entre os membros das equipes de saúde com recursos a grupos informais e aplicativos de mensagens que viabilizam de forma precária a comunicação e o acompanhamento multidisciplinar das demandas das pessoas a serem desinstitucionalizadas:

A única capacitação identificada foi para a equipe de segurança realizada pela Vara de Execução Penal - VEP do Tribunal de Justiça do Estado do Amapá, porém não deixam claro qual a periodicidade e nem a metodologia aplicada a essas formações voltadas ao controle de segurança. Fato que pode afetar diretamente o serviço ofertado, visto que não existe uma sensibilização e humanização da equipe de segurança em relação ao público que reside no espaço, ao passo que a equipe de saúde mental não possui aperfeiçoamento e atualização contínua para se aprimorar, tendo que buscar as qualificações necessárias de forma individual e independente, sem receber auxílio financeiro, sendo relatado que não são incluídos nas capacitações que ocorrem pela Secretaria de Saúde do Estado.

[Relatório CRP 10 - Centro de Custódia Novo Horizonte (CCNH) – Macapá/AP]

[...] as trabalhadoras, quando questionadas sobre a existência de ações voltadas à qualificação e integração da equipe, informaram que não há e que a única ação deste tipo foi promovida por uma estagiária de psicologia, que realizou oficinas com funcionários. As trabalhadoras citaram que a equipe busca informalmente construir estratégias de aproximação e diálogo entre si, como grupos de WhatsApp que servem à comunicação imediata. [...] Além disso, citam a necessidade de intervenções que contemplem a saúde mental dos trabalhadores da unidade.

[Relatório CRP 12 - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP) – Florianópolis/SC]

No *Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC)*, em Rio Branco (AC), a situação não é diferente. As lacunas na formação da equipe técnica implicam no desconhecimento das diretrizes de cuidado em saúde mental, produzindo um ciclo vicioso entre práticas desatualizadas reproduzidas sem reflexão crítica e o reforço a condutas centradas no disciplinamento e na exclusão:

Outro ponto crítico identificado durante a inspeção refere-se à fragilidade na formação e na capacitação das equipes técnicas dos serviços visitados, incluindo o HOSMAC e as unidades prisionais. Muitos profissionais demonstraram desconhecimento das diretrizes nacionais e internacionais para o atendimento de pessoas com transtornos mentais

[Relatório CRP 24 - Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre (HOSMAC) – Rio Branco/AC]

3.7 RETRATOS DOS SERVIÇOS DE CUIDADO EM LIBERDADE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Esta seção apresenta os principais achados dos Conselhos Regionais de Psicologia sobre serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) identificados ao longo das inspeções e investigações locais voltadas à situação das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei. Nela, reunimos as contribuições das estratégias e desafios cotidianos identificados no apoio ao processo de desinstitucionalização, com o propósito de aprender com o que vem sendo praticado e o que ainda carece ser percorrido para a cidadania e a atenção integral às pessoas em sofrimento psíquico.

Diferentemente do enquadramento das seções anteriores sobre os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) e instituições congêneres, apresentamos os equipamentos aqui descritos como componentes identificados em nossas investigações que constituem parte essencial das estratégias de cuidado em liberdade, em suas práticas e articulações cotidianas com as redes em saúde e as políticas públicas de cidadania para as pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Ao todo, foram identificadas no processo de inspeção **18 instituições da RAPS** distribuídas em **11 estados** do país, contemplando:

- **12 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**, entre modalidades AD, III, II e I;
- **1 Unidade Básica de Saúde (UBS)**;
- **1 hospital geral de referência regional**;
- **4 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)**; e
- **4 Equipes de Acompanhamento e Avaliação de Medidas Terapêuticas (EAPs-Desinst.)**, nos estados da Paraíba, Sergipe, São Paulo e Espírito Santo.

Quadro 10 - Centros de Atenção Psicossocial

Nome da Instituição	Cidade	Estado
CAPS AD Macapá	Macapá	AP
CAPS Gentileza	Macapá	AP
CAPS I Icoaraci	Belém	PA
CAPS III Grão Pará	Belém	PA
SRT Casa Verde – Voo de Liberdade	Belém	PA
CAPS III Itapetinga	Itapetinga	BA
Residência Terapêutica – Itapetinga	Itapetinga	BA
Serviço Residencial Terapêutico – Ilha Amarela	Salvador	BA
USF Valdomiro Frota – Iuiú	Iuiú	BA
CAPS Geral II de Sobral	Sobral	CE
CAPS III 24 horas – Caminhar	João Pessoa	PB
Hospital Regional de Nossa Senhora da Glória	Nossa Senhora da Glória	SE
Residência Terapêutica Moinhos de Vento	Campo Grande	MS
CAPS AD Vila Velha	Vitória	ES
CAPS III Integração	Campinas	SP
CAPS III Toninho	Campinas	SP
CAPS AD Jacareí	Jacareí	SP
CAPS Orquidário	Santos	SP
CAPS III Adulto Freguesia do Ó Brasilândia	São Paulo	SP

Fonte: Conselho Federal de Psicologia (2025)

3.7.1 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Antes de passar aos retratos das equipes e serviços visitados, cabe destacar os limites dos equipamentos abordados na presente Inspeção face à extensão e diversidade de dispositivos que integram a RAPS. Estabelecida pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, trata-se da mais complexa das cinco redes temáticas que compõem o Sistema único de Saúde (SUS), composta por sete com-

ponentes e dezessete pontos de atenção, organizados nos três níveis de complexidade do SUS, como pode ser observado na tabela a seguir.

Tabela 5 - Componentes e Pontos de Atenção

Nº	Componente da RAPS	Pontos de Atenção
1	Atenção Básica em Saúde	1. Unidades da Atenção Primária à Saúde (UBS, eSF, NASF)
2	Atenção Psicossocial Estratégica (Porta de Entrada)	2. CAPS I, II, III 3. CAPS AD 4. CAPS i 5. CAPS AD III 6. CAPS i III
3	Urgência e Emergência	7. SAMU 192 8. Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 9. Pronto-Socorro Geral
4	Atenção Residencial de Caráter Transitório	10. Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) 11. Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI)
5	Atenção Hospitalar	12. Enfermarias Especializadas em Saúde Mental em Hospitais Gerais 13. Serviços Hospitalares de Referência
6	Estratégias de Desinstitucionalização	14. Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) 15. Centros de Convivência e Cultura
7	Reabilitação Psicossocial	16. Oficinas de Geração de Renda e Trabalho 17. Cooperativas Sociais

Fonte: Conselho Federal de Psicologia (2025)

Dessa grande diversidade de dispositivos e serviços inseridos na rede de atenção integral à população por meio do SUS provêm os recursos e possibilidades pelas quais vem ocorrendo o processo de desinstitucionalização das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei. A seguir, os achados em inovações e desafios correntes às equipes e serviços serão apresentados por tipo de equipamento e sua caracterização estratégica na RAPS, oferecendo reportes das conjunturas e estratégias nos territórios em que as equipes locais dos Conselhos Regionais de Psicologia puderam acessar, com aprendizados sob o movimento presente da política de desinstitucionalização.

3.7.2 Tipos de equipamentos da RAPS identificados

3.7.2.1 Equipe de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (EAP-Desinst)

As Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAPs-Desinst) foram instituídas no SUS em 2014 e foram uma importante inovação proveniente das experiências pioneiras de cuidado em liberdade às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, com as experiências do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), em Minas Gerais, e do PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), no estado de Goiás.

Previstas na Resolução CNJ nº 487/2023 e atualizadas pela Portaria GM/MS nº 4.876, de 18 de julho de 2024, as EAP-Desinst passaram a compor a RAPS, expressando a consolidação de uma diretriz de cuidado que reconhece a singularidade das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei e propõe dispositivos institucionais próprios para a mediação entre a rede de atenção psicossocial, o sistema de justiça e as demais políticas públicas. É importante pontuar que antes da implementação da Resolução CNJ n. 487/2023, havia apenas 7 equipes EAP no Brasil, e atualmente, segundo dados do Conselho Nacional de Justiça, existem 32 EAPs, distribuídas em 21 estados brasileiros, o que demonstra a ampliação desse serviço e sua reestruturação no país.

Nas experiências reportadas no cuidado em liberdade, as EAPs desempenharam papel estratégico no auxílio à comunicação entre diferentes equipes e atores institucionais pelos quais a pessoas com deficiência psicossocial deve passar, da custódia do Estado, à primazia do cuidado, da autonomia e da saúde não como medida de segurança, mas como direito.

Um exemplo de atuação deste instrumento foi observado na EAP-Desinst no estado do Ceará teve importante papel de articulação entre a equipe de saúde do manicômio judiciário e articulação com a rede de serviços no território, permitindo à equipe do *CAPS Geral II de Sobral* (CE) a atuação na articulação da rede local para a construção de estratégias singularizadas no desenvolvimento do projeto terapêutico das pessoas egressas do manicômio judiciário. No papel conferidos às EAPs para a articulação entre a justiça e a atenção psicossocial, a sua atuação entre segmentos da política são fundamentais ao fechamento dos manicômios judiciários e à garantia da cidadania das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

No mesmo sentido, a *EAP-Desinst no estado da Paraíba* (PB) e do Mato Grosso (MT) vem contribuindo na articulação entre equipes de variados dispositivos da RAPS no território, com observância à autonomia e às demandas de suporte necessária às pessoas com deficiência psicossocial

em conflito com a lei, evitando a incidência da imposição de medidas de privação de liberdade e de feições punitivas ou degradantes, bem como a invisibilização da importância e do território e da implicação da família - sobretudo mulheres - nos arranjos de suporte e atenção às pessoas com deficiência psicossocial.

Na articulação da comunicação entre atores variados e serviços de apoio, as EAPs-Desinst possuem papel fundamental na sustentação das diretrizes de desinstitucionalização, apoiando estratégias de cuidado em liberdade, e mobilizando atores da política para o trabalho integrado, descartando saídas fáceis de reprodução de condutas segregatórias. É o que vem fazendo a EAP em São Paulo (SP), ao mobilizar os esforços da equipe para o redirecionamento dos egressos dos manicômios judiciários existentes para as equipes de saúde da RAPS e recusando como alternativas as transinstitucionalizações para Comunidades Terapêuticas.

Além do desempenho de articulação para as desinternações nos manicômios judiciários, as EAPs nos estados também foram identificadas no desenvolvimento de estratégias para a garantia de assistência às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei desde o ingresso no sistema prisional. É o que têm feito a EAP do estado de Sergipe (SE) no acompanhamento de todas as audiências de custódia de pessoas sofrimento psíquico detidas nas unidades prisionais, atuando junto à APEC (Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada) local na identificação e trabalho sobre a construção de estratégias de cuidado alternativas à custódia prisional, em consonância com os preceitos da Resolução 487/2023.

Ressaltando a atividade de outra equipe, a EAP-Desinst. da Paraíba demonstra compromisso técnico-político com a desinstitucionalização e com a lógica do cuidado em liberdade, articulando com CAPS, SRTs e familiares para viabilizar estratégias de reintegração. Sua atuação está marcada por resiliência diante da precariedade estrutural e por um *ethos* garantista, mas carece de suporte institucional, jurídico e logístico que permita uma atuação mais plena, contínua e efetiva no cotidiano dos usuários. A equipe propõe, como caminhos, o **fortalecimento da integração entre EAPs estaduais** e a **ampliação da RAPS**, com ênfase nos CAPS III 24h e no acolhimento territorializado.

No presente levantamento, foram identificadas referências à atuação ou estruturação de EAPs-Desinst. em quatro estados em particular: Sergipe (SE), Paraíba (PB), Espírito Santo (ES) e São Paulo (SP). Em todos esses casos, a presença das equipes foi relatada como parte de estratégias interinstitucionais de fortalecimento da desinstitucionalização e da garantia do direito ao cuidado em liberdade. Trata-se de experiências diversas entre si, mas que compartilham a aposta na construção de fluxos de responsabilização estatal, com acompanhamento técnico, escuta qualificada e articulação dos sujeitos com a rede de serviços de saúde, assistência e justiça nos territórios.

A EAP-Desinst. de Campinas (SP) atua de forma assertiva na recusa de práticas punitivas e segregadoras, como o redirecionamento de pessoas com deficiência psicossocial e histórico de medida de segurança para comunidades terapêuticas. Ao exigir planos de cuidado fundamentados em dispositivos da RAPS e ao acompanhar os casos com visitas prévias e construção de PTS com base na singularidade de cada pessoa, a equipe reforça sua posição como agente ativo na desinstitucionalização. Ainda assim, enfrenta limitações estruturais e precisa de maior integração com o sistema de justiça para acesso qualificado às informações prévias dos usuários em processo de saída.

A EAP-Desinst. do Espírito Santo está em fase inicial de estruturação, com um número expressivo de usuários já sob acompanhamento e organização formal de PTS para todos os casos. Apesar desse avanço, há pouca clareza sobre como se dá a efetividade dos processos de desinstitucionalização e reinserção, e a manutenção das internações na UCTP aponta para a necessidade de articulação mais incisiva com o sistema de justiça e ampliação da RAPS. Sua atuação representa um início promissor, mas ainda aquém do que se espera em termos de compromisso clínico, intersetorialidade e articulação libertadora.

A EAP-Desinst. de Sergipe ocupa um lugar central nos fluxos judiciais e administrativos do estado, com presença garantida nas audiências de custódia e atuação técnica na produção de relatórios para o Judiciário. No entanto, sua ação ainda não se configura como acompanhamento terapêutico em sentido pleno. A equipe opera sob limites institucionais marcantes — ausência de estrutura adequada, vínculos precários de trabalho e descontinuidade nas redes locais — e carrega o desafio de transitar entre as exigências jurídicas e os princípios éticos do cuidado em liberdade. Apesar de sua inserção formal, o trabalho da EAP carece de sustentação concreta para realizar os PTS, articular com os municípios e garantir a continuidade da atenção psicossocial, especialmente em casos de maior vulnerabilidade social e familiar.

Os relatos trazidos à esta Inspeção Nacional apontam que as EAP-Desinst. vêm desempenhando papel essencial na mediação entre o Poder Judiciário e os serviços da RAPS, atuando na avaliação de medidas, na emissão de pareceres técnicos, no monitoramento de casos e na articulação de alternativas ao encarceramento manicomial. Em alguns territórios, sua atuação tem sido fundamental para a viabilização de medidas terapêuticas em meio aberto, com apoio das redes locais e em diálogo com as singularidades dos casos. Há registros de práticas que incluem o acompanhamento clínico compartilhado com os CAPS, a construção coletiva de projetos terapêuticos singulares e a atuação junto a familiares, defensorias e equipes multiprofissionais, compondo um campo de práticas que desloca o foco da contenção para o cuidado.

Ainda que os dados identificados nos relatórios dos CRPs não permitam uma avaliação sistemática da implantação nacional das EAP-Desinst., o que se observa é que, onde estão presentes, essas equipes representam um avanço concreto na direção da política de garantias de direitos. Sua

existência reforça a urgência de investimentos técnicos, materiais e humanos para sua expansão, bem como a necessidade de articulação federativa e apoio institucional à sua consolidação como parte integrante e estratégica da RAPS. Os relatos recolhidos reafirmam o potencial das EAPs-Desinst. como dispositivos-chave para a transição de um modelo centrado na exclusão para um paradigma de cuidado e liberdade.

3.7.2.2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Com base no Art. 7º da Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são definidos como o principal ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no campo da atenção especializada. Eles são serviços abertos, comunitários, e organizados por equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar voltada ao atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, bem como pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Os CAPS organizam-se em diferentes modalidades, a depender das características populacionais e da demanda local. Entre essas modalidades, há duas direções principais de atuação:

1. CAPS convencionais (I, II, III) – Focados predominantemente no acompanhamento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes;
2. CAPS AD (Álcool e Drogas) – Voltados ao cuidado de pessoas com sofrimento relacionado ao uso de substâncias psicoativas, tanto adultos quanto, conforme o arranjo local, adolescentes.

A distinção entre CAPS convencionais e CAPS AD não implica hierarquia, mas sim complementaridade de competências. Em muitos territórios, a presença de ambos é estratégica para garantir cuidado integral e compartilhado, dada a sobreposição de demandas de saúde mental e uso de substâncias.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) compõem o núcleo estruturante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo dispositivos de cuidado intensivo e territorial voltados ao acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico intenso e persistente. Conforme normatização do Ministério da Saúde, os CAPS têm a finalidade de substituir progressivamente o modelo hospitalocêntrico e promover o cuidado em liberdade, com ações clínicas, psicossociais e comunitárias que articulam os princípios da atenção integral, da singularidade e da reabilitação psicossocial. São serviços que operam em regime aberto e diário, com equipes multiprofissionais que desenvolvem atendimentos individuais, coletivos, ações no território e construção de projetos terapêuticos singulares.

Há diversos tipos de CAPS, e a quantidade de serviços habilitados, segundo o Ministério da Saúde em dezembro de 2024, distribui-se conforme demonstrado a seguir.

Tabela 6 - CAPS habilitados

Tipo de CAPS	Quantidade
CAPS I	1 522
CAPS II	528
CAPS III	146
CAPS Infantojuvenil (CAPSi)	324
CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD)	338
CAPS AD III	158
CAPS AD IV	3
Total Geral de CAPS habilitados	3 019

Fonte: Ministério da Saúde (2024).

No contexto da desinstitucionalização de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, os CAPS exercem papel estratégico como referência territorial de cuidado, contribuindo para a viabilização das medidas terapêuticas construídas a partir dos PTS pelo e para o apoio às pessoas egressas de instituições asilares. Em variados estados visitados, os Conselhos Regionais de Psicologia identificaram CAPS envolvidos no acompanhamento de pessoas com medidas terapêuticas em curso, atuando em articulação com Equipes de Acompanhamento e Avaliação (EAP-Desinst.), serviços de saúde da Atenção Básica e de Residência Terapêutica e Assistência Social.

Em Sobral (CE), CAPS Geral II constitui uma referência estratégica no cuidado em liberdade a pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei. Recebendo alguns dos egressos do Instituto Psiquiátrico Stênio Gomes - manicômio judiciário do estado desativado em outubro de 2024, o CAPS de Sobral desdobrou suas ações em rede com serviços da EAP- Desinst, atenção básica, assistência e justiça. Uma de suas ferramentas de recurso para articulação foram os *Comitês de Macro*, espaço de formulação conjunta entre equipes do território, a pessoa egressa e seus familiares acerca do desenho e efetivação do PTS, que, vale destacar, se inicia antes mesmo da saída do manicômio judiciário, é o que explica um profissional do equipamento entrevistado:

Os casos do Desinst, eles já exigem o PTS antes do paciente mesmo vir, né? O que a gente vai fazendo é uma atualização do PTS. Então eles têm PTS e essa atualização é disparada exatamente nos comitês de macro. E para cada caso aí a gente vai chamando quem de fato a gente visualiza que precisa estar implicada. Então a família muitas vezes entra nessa discussão e a gente tem muito apoio também dos profissionais dos serviços. Em Sobral, a gente tem também a Residência Multiprofissional em Saúde Mental, que colabora muito

com a gente, na qual os residentes também participam dos comitês e nos ajudam também, com sugestões, com apoio, né, todas essas tratativas. Porque o grande desafio do PTS não é o que se bota, é fazer valer o que está lá.

[Relatório CRP 11 - CAPS Geral Geral II – Sobral/CE]

O *CAPS III Caminhar*, de João Pessoa (PB), se destaca, por sua vez, pela abordagem na qual não se distinguem os usuários egressos do manicômio judiciário das demais pessoas com deficiência psicossocial em atendimento no serviço. Com o investimento nas estratégias e recursos disponíveis alinhados aos preceitos da Política Nacional de Saúde Mental, o serviço realiza o acompanhamento dos casos desinstitucionalizados com ênfase na igualdade de tratamento e no respeito às singularidades.

O *CAPS III Toninho*, de Campinas (SP), por sua vez, em sua atuação com um usuário egresso de ECTP, demonstra a potência da continuidade do vínculo, da elaboração compartilhada de PTS e da articulação com a rede territorial. A partir da vinculação de um usuário oriundo de um Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP), a equipe articulou, de modo concreto, um Projeto Terapêutico Singular (PTS), fundamentado na escuta, no reconhecimento do histórico anterior de vínculo com o serviço e na promoção da autonomia do usuário, com recurso de apoio também às Residências Terapêuticas, envolvendo o acompanhamento cotidiano do usuário no incentivo à circulação no território, participação em atividades coletivas e articulação com espaços públicos.

Ainda em Campinas (SP), o *CAPS III Integração*, acompanha diretamente pessoas egressas de ECTPs e atua na construção de Projetos Terapêuticos Singulares, com demandas para a ampliação e fortalecimento da delimitação de estratégias de cuidado com os usuários egressos antes mesmo da desinternação, demandando um diálogo e articulação com as equipes de saúde situadas nos manicômios judiciários que pode ser facilitada com a mediação das EAPs-Desinst, favorecendo a efetividade da desinstitucionalização.

Em Santos (SP), o *CAPS Orquidário* oferece acompanhamento contínuo a pessoas residentes em SRTs, incluindo egressos de ECTPs, sem realizar distinções entre estes e os demais usuários. Seu trabalho se pauta na escuta singularizada, na reintegração social, sem recurso a comunidades terapêuticas ou internações prolongadas. Apesar da ausência de articulação direta com os ECTPs no momento da desinstitucionalização, o serviço se destaca por seu compromisso com o cuidado em liberdade, pelas estratégias de inserção comunitária e pela prática de não discriminação. Na capital paulista, o *CAPS III Freguesia do Ó/Brasilândia*, em São Paulo (SP), desenvolve práticas consistentes de desinstitucionalização enfatiza o estudo das características dos vínculos territoriais das pessoas egressas, contribuindo na definição das estratégias singularizadas.

O *CAPS III de Itapetinga* (BA), por sua vez, se destaca por seu amplo conjunto de estratégias terapêuticas, que incluem oficinas artísticas e profissionalizantes, visitas domiciliares, assembleias e reuniões clínicas sistemáticas, que reforçam a dimensão coletiva e o protagonismo dos usuários dos serviços e seus familiares como ferramenta de suporte às demandas das pessoas egressas do manicômio judiciário.

O *CAPS Gentileza*, de Macapá (AP), funciona como um serviço estruturado de atenção psicossocial em meio aberto, com foco em práticas terapêuticas que valorizam a escuta singular e o vínculo familiar. Embora não atue diretamente com egressos de ECTPs, sustenta princípios da desinstitucionalização por meio de projetos terapêuticos individualizados, oficinas externas e relações intersetoriais. Sua estrutura física qualificada, o reconhecimento à diversidade e a abertura ao acolhimento plural assinala possibilidades à construção de projetos de vida e liberdade para as pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

Além dos CAPS acima relacionados, o *CAPS III Grão-Pará*, em Belém (PA), apresenta um cenário de demanda de recursos para a melhoria da oferta de atividades terapêuticas articuladas aos projetos de vida das pessoas com deficiência psicossocial. Embora possua localização urbana acessível e recursos humanos, o investimento em educação permanente e na qualificação de diretrizes, registros e ações sistemáticas de cuidado põe em evidência a necessidade de cuidados de gestão e aportes permanentes nos equipamentos da RAPS. Ainda em Belém (PA), o *CAPS I Icoaraci*, em Belém (PA) opera com infraestrutura adequada e ações de cuidado territorial, mas demanda investimentos em recursos humanos de supervisão e articulação de estratégias em rede.

Os achados apontam que, mesmo diante de condições heterogêneas entre os territórios, os CAPS vêm mobilizando práticas de acolhimento, escuta qualificada, articulação intersetorial e suporte à autonomia, contribuindo diretamente para o rompimento com o ciclo da institucionalização. Relatos sobre a construção de projetos terapêuticos envolvendo visitas domiciliares, articulação com SRTs, atividades culturais e suporte ao retorno à vida comunitária demonstram que o trabalho desenvolvido por essas equipes é determinante para a cidadania e reabilitação psicossocial de pessoas historicamente marcadas pela exclusão.

Em que pese a demanda permanente de esforços políticos na estrutura e formação permanente das equipes, o foco da análise nesta seção não recai sobre as limitações ou insuficiências, mas sobre a potência que esses serviços representam no horizonte da política de cuidado em liberdade. Ao valorizar as estratégias construídas no cotidiano das equipes e reconhecer a capacidade criativa dos profissionais na articulação com outros dispositivos da RAPS, esta seção busca reafirmar a centralidade dos CAPS como protagonistas do processo de desinstitucionalização e como dispositivos fundamentais para a afirmação de um cuidado comprometido com a dignidade, a cidadania e o direito de existir em liberdade.

3.7.2.2.1 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD)

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) integram a Rede de Atenção Psicossocial como serviços especializados no acompanhamento contínuo de pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas. Organizados segundo os princípios da redução de danos, da singularidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos, os CAPS-AD operam como espaços clínicos, sociais e comunitários que devem oferecer alternativa e contraponto às abordagens punitivas e moralizantes, propondo outras formas de lidar com o sofrimento psíquico vinculado ao uso problemático de álcool e outras drogas.

Tem por preceito a oferta do cuidado integral e a proteção da dignidade dos usuários dos serviços. Sua função, no âmbito da política de desinstitucionalização, é central para garantir a construção de alternativas de cuidado em liberdade para pessoas que, historicamente, são vulneráveis a internações compulsórias, medicalizações e lógicas tutelares.

As experiências registradas pelas equipes regionais de inspeção nos estados visitados evidenciam o envolvimento de CAPS-AD em ações de acolhimento e cuidado direcionadas a pessoas com trajetória de institucionalização, inclusive àquelas em cumprimento de medidas terapêuticas aplicadas pelo sistema de justiça. Esses serviços têm operado como pontos de apoio territorial para o acompanhamento clínico, a construção de vínculo e o fortalecimento da rede de suporte psicossocial. Nos casos identificados, os CAPS-AD estiveram em articulação para atenção às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com EAPs-Desinst, com os CRAS e CREAS dentre outras políticas, oferecendo possibilidade de individualização das estratégias de suporte para reconstrução de vínculos, retomada de projetos de vida e inserção comunitária.

Dentre essa modalidade de equipamento da RAPS, o *CAPS AD 24h de Jacareí (SP)* constitui uma referência qualificada para a atenção a pessoas com histórico de institucionalização por uso problemático de substâncias. Sua atuação com egressos do HCTP de Taubaté demonstra o potencial de um CAPS-AD em articular projetos terapêuticos em liberdade, inclusive em contextos de medida de segurança, destacando-se a importância da estrutura de oferta de serviços de portas abertas com funcionamento 24h e forte integração com a rede.

Nesse sentido, a iniciativa de articulação da rede de serviços mobilizou entre as psicólogas no território a produção de um documento norteador das práticas de atuação da saúde mental na atenção básica no município, representando uma experiência promissora de articulação de rede e de formação permanente entre profissionais para o cuidado intersetorial, ético e territorializado face às demandas por cuidado em liberdade.

Já o *CAPS AD de Vila Velha (ES)* configura experiência estratégica para a política de cuidado em liberdade e desinstitucionalização. Com a inclusão de egressos da UCTP no atendimento regular do serviço, o CAPS rompe com práticas segregacionistas e afirma a universalidade do cuidado, mobilizando também, na assistência às pessoas egressas do manicômio judiciário, a articulação com a rede de atenção básica e com o SUAS (CRAS e CREAS), com enfoque na intersectorialidade como estratégia para suprir os limites na atenção às vulnerabilidades presentes na trajetória das pessoas de nosso segmento. A prática de não diferenciação, aliada à escuta clínica e à articulação territorial, mostra-se potente para sustentar percursos de cuidado que respeitam a dignidade e a singularidade de cada pessoa acompanhada.

No estado do Amapá, o *CAPS AD Macapá* revela aspectos importantes da atuação em saúde mental para as pessoas egressas do manicômio judiciário, como a participação familiar na formulação do PTS com as pessoas usuárias do serviço, a integração com a rede e a busca da ampliação de investimento para implementação do funcionamento 24h, melhorando a cobertura da demanda pelo equipamento. A prática de assembleias com os usuários e a frequência de capacitações contribuem para sustentar um serviço que, mesmo sob os limites impostos pela estrutura física atualmente disponível, permanece como referência no cuidado a pessoas em sofrimento por uso de substâncias no Amapá.

Os relatos revelam que o trabalho das equipes tem se fundamentado em abordagens clínicas sustentadas na escuta e no cuidado não punitivo, promovendo o respeito às escolhas das pessoas e construindo trajetórias possíveis de cuidado e reparação. Há registros de práticas de cuidado compartilhado com CAPS III, ações territoriais em parceria com agentes comunitários de saúde e iniciativas de geração de renda e arteterapia que contribuem significativamente para a efetividade do cuidado em liberdade. Ainda que os desafios persistam em contextos variados, as experiências locais demonstram que os CAPS-AD possuem potencial elevado para atuar como dispositivos de ruptura com a lógica do enclausuramento e da tutela.

A presença dos CAPS-AD nas estratégias de desinstitucionalização reforça a necessidade de investimento contínuo e qualificado nestes serviços, não apenas em termos de infraestrutura, mas também na formação permanente das equipes e na ampliação de suas conexões com outras políticas públicas. Sua contribuição para a afirmação do direito ao cuidado em liberdade reside justamente na capacidade de atuar com ética, flexibilidade e compromisso com a singularidade de trajetórias marcadas por múltiplas formas de exclusão. Nesse sentido, os CAPS-AD revelam-se como espaços estratégicos para a garantia de direitos e para a construção de políticas públicas que reconheçam as complexidades do sofrimento psíquico em contextos de vulnerabilidade.

3.7.2.3 Unidades Básicas de Saúde (UBS)

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) compõem a base organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o principal ponto de entrada da população no sistema público e o espaço privilegiado da atenção primária à saúde. Com funcionamento regular, territorializado e vinculado às equipes de Saúde da Família, as UBS desempenham papel central na promoção da saúde, na prevenção de agravos e no cuidado contínuo, com potencial para articular diferentes níveis de atenção e garantir o acesso a ações integrais e intersetoriais. No contexto da desinstitucionalização, as UBS constituem uma peça-chave para o acompanhamento longitudinal das pessoas com deficiência psicossocial, sobretudo após o retorno ao convívio comunitário.

Nos dados analisados nos relatórios regionais, identificaram-se experiências em que UBS passaram a integrar, de forma mais efetiva, o cuidado a pessoas egressas de instituições psiquiátricas ou em cumprimento de medidas terapêuticas. Nessas situações, a UBS tem atuado tanto como espaço de acolhimento e escuta quanto como suporte clínico para as necessidades gerais de saúde dessas pessoas, contribuindo para o rompimento com a lógica da assistência fragmentada e hospitalocêntrica. Sua atuação torna-se ainda mais relevante quando há articulação com os CAPS, possibilitando o apoio matricial, a formação compartilhada entre equipes e a construção conjunta de estratégias de cuidado em rede.

A *USF Valdomiro Frota*, em Iuiú (BA), representa uma experiência relevante de atenção básica no acolhimento de pessoa egressa do HCT-BA, o manicômio judiciário do estado – ainda que o dispositivo tenha demandas por ampliação na capacitação para atuação em rede e para o matriciamento em saúde mental para a atenção básica, aspectos que envolvem também o aprofundamento do diálogo entre a atenção básica e também as equipes conectoras entre saúde mental e justiça. Destaca-se, nesse sentido, a urgência de investimento formativo e apoio governamental às equipes da atenção primária nos territórios articulados aos CAPS e à rede socioassistencial.

As UBS também têm se mostrado fundamentais no fortalecimento do vínculo com os territórios e com as famílias, promovendo ações de cuidado que envolvem o domicílio, a comunidade e os espaços de convivência. Algumas experiências destacadas apontam para práticas de visitas domiciliares realizadas por equipes da Saúde da Família, acompanhamentos regulares a usuários com histórico de institucionalização e ações integradas com serviços da assistência social, educação e cultura. Essa atuação integrada amplia a potência da atenção básica como espaço de reinvenção dos modos de cuidar, reafirmando seu compromisso com a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde.

Embora a participação das UBS no processo de desinstitucionalização ainda demande maior sistematização e investimento, os registros existentes evidenciam que sua inclusão ativa nas estraté-

gias de cuidado em liberdade representa uma condição indispensável para a sustentação de políticas públicas comprometidas com a cidadania das pessoas com sofrimento psíquico. Ao reconhecer a centralidade desses serviços na vida cotidiana e sua capacidade de acompanhar as singularidades de cada trajetória, reafirma-se o papel da atenção primária não apenas como retaguarda clínica, mas como espaço fundamental de cuidado, escuta e produção de vínculos, fortalecendo o processo de desinstitucionalização como política de vida em liberdade.

3.7.2.4 Hospital Geral

No marco da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Lei nº 10.216/2001, o cuidado em situações de crise em saúde mental deve ocorrer, preferencialmente, em leitos de saúde mental instalados em hospitais gerais, como forma de garantir a integralidade do cuidado e romper com a lógica de exclusão característica das instituições asilares. O hospital geral, enquanto componente da rede de atenção, assume papel de retaguarda clínica especializada, articulado com os demais serviços da RAPS, oferecendo suporte pontual e acolhimento em contextos que exijam intensificação transitória da atenção. Esse arranjo busca assegurar a atenção à crise como parte do cuidado em liberdade, com responsabilização pública e respeito à singularidade dos sujeitos.

No presente levantamento, os Conselhos Regionais de Psicologia conseguiram visitar um hospital geral mencionado como parte da rede articulada ao cuidado de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei. O que se identificou, entretanto, é que a emergência psiquiátrica do *Hospital Regional de Nossa Senhora da Glória (SE)* evidencia a distorção do papel do hospital geral como ponto de atenção em internações de retaguarda de curta duração.

A manutenção de internações compulsórias determinadas por via judicial encontrada no contexto do equipamento, dissociada dos princípios da atenção psicossocial e do cuidado territorializado denota a necessidade de investimento permanente nas estratégias de singularização e cuidado em liberdade, sob pena da replicação de práticas e lógicas manicomialistas mesmo nos dispositivos constituídos para promover a desinstitucionalização. Ausência de PTS, pouca oferta terapêutica e estagnação institucional apontam para um cenário que exige urgente reposicionamento da atuação do Poder Judiciário e reorientação do serviço para garantia do cuidado em liberdade.

Ainda que essas referências não indiquem, necessariamente, a existência de leitos de saúde mental implantados conforme preconiza a política nacional, sua presença nos relatos revela a importância de se considerar o papel potencial dos hospitais gerais na composição de redes territoriais que sustentem o processo de desinstitucionalização. Conforme prevê a Portaria 3.088/2011 que organiza a RAPS, os leitos em saúde mental em hospital geral podem e devem constituir ponto de apoio para a gestão compartilhada de casos e no apoio a crises, mas desde que inseridos no fluxo de articulação

entre as equipes que permitam sustentar a primazia do cuidado em liberdade e o controle sobre a permanência sob internações.

A valorização do hospital geral como retaguarda qualificada exige o reconhecimento de que o cuidado à crise não deve se traduzir em nova institucionalização, mas sim em atenção temporária, situada, articulada a projetos terapêuticos singulares e voltada à reintegração do sujeito à sua rede de pertencimento. Experiências que apontam para o envolvimento de hospitais gerais em ações conjuntas com CAPS e EAP-Desinst. demonstram que, mesmo diante de limitações estruturais, é possível mobilizar esses serviços como aliados no enfrentamento das emergências sem abrir mão do princípio da liberdade como fundamento da política pública.

Nesse sentido, ao invés de restringir seu papel à contenção ou à internação, a inserção do hospital geral na rede deve ser pensada como parte de um dispositivo maior de cuidado ético e integral, em que a clínica e os direitos humanos caminham juntos. Sua articulação com os demais serviços da RAPS representa, portanto, um ponto estratégico a ser fortalecido para consolidar o cuidado territorial e romper definitivamente com a lógica da segregação.

3.7.2.5 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são moradias destinadas a pessoas com histórico de institucionalização prolongada em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos congêneres, que não dispõem de vínculos familiares viáveis ou condições imediatas de reinserção em moradia própria. Instituídos como alternativa concreta ao modelo manicomial, os SRTs compõem um dos eixos centrais da política de desinstitucionalização, articulando o direito à moradia digna ao cuidado psicossocial continuado no território. Normatizados pela Portaria nº 106/2000 e respaldados por uma série de diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, esses serviços reafirmam a possibilidade de reconstrução de trajetórias de vida em liberdade, com acompanhamento técnico e inserção comunitária. Há 952 SRTs em funcionamento no país, com capacidade de acolher mais de 7 mil moradores (DESMAD/SAES/MS, 2024).

Nos relatos examinados pelos Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs), os SRTs aparecem como dispositivos que, apesar de enfrentarem desafios relacionados à estrutura física, composição de equipe ou articulação institucional, seguem atuando como pontos estratégicos de resistência à lógica da segregação. Nas investigações dos CRPs, as residências terapêuticas têm sido identificadas como espaços fundamentais de garantia de moradia e convivência no território, com o apoio e a construção de vínculo com profissionais e com a rede de saúde e assistência na retomada de direitos. Nesse sentido são fundamentais as articulações com o CAPS de referência, com equipes da atenção básica, com centros de convivência e, em alguns casos, com iniciativas de formação e trabalho voltadas à inclusão social.

No estado da Bahia, a *Residência Terapêutica de Itapetinga (BA)* tem realizado seu suporte com o apoio da RAPS local e ajudando no desenvolvimento de experiências concretas de inserção social. Nela a construção do PTS de um morador egresso do HCT, com base no vínculo afetivo, na escuta subjetiva e na participação ativa na rotina, evidencia um cuidado orientado à autonomia. Em Salvador (BA), o *Serviço Residencial Terapêutico de Ilha Amarela* teve sua visita pela equipe do CRP parcialmente prejudicada, pela falta do apoio na equipe técnica do SRT, apontando-se demandas de cobertura e identificação mais aprofundada de informações sobre a dinâmica e condições do serviço de apoio e cuidado na residência.

Em Campo Grande (MS), a *Residência Terapêutica Moinhos de Vento* apresenta um padrão de funcionamento estável, com instalações adequadas e integração básica com a RAPS no acompanhamento das demandas e especificidades das pessoas egressas das instituições de características asilares. Na atuação de suporte das equipes dos SRTs, a articulação com o cuidado individualizado e o suporte ao exercício da autonomia e para a prática de atividades cotidianas no território são aspectos essenciais que permitem tornar de fato os SRTs como dispositivos de residência para a dignidade das pessoas com deficiência psicossocial, e são por isso equipamentos importantíssimos na efetivação do processo de desinstitucionalização de parte do segmento de egressos dos ECTPs pelo país.

Nesse sentido, a *Residência Terapêutica Casa Verde* gerida pela empresa Voo da Liberdade em Belém (PA) foi identificada pelas equipes locais de inspeção como um dos equipamentos de desinstitucionalização operando sob infringência aos princípios da RAPS e da política de cuidado em liberdade. Com usuários em situação de ausência de PTS, autonomia restrita e ausência de integração dos usuários e do serviço residencial com os equipamentos do território, os recursos orçamentários da RT Casa Verde vêm sendo integralmente geridos por uma organização privada sem que os preceitos fundamentais de organização da lógica do serviço venham sendo observados. A situação assinala os riscos da terceirização sem controle público e manifesta preocupação, para que, com ação dos órgãos de fiscalização e a reformulação do modelo adotado, possam ser retomados os espaços de reconquista da dignidade, da cidadania e da participação na vida social às pessoas egressas do manicômio judiciário hoje apoiadas pelos SRTs.

As experiências de SRTs no Brasil têm se constituído como espaços de enraizamento territorial, possibilitando a recomposição de vínculos e a participação comunitária de seus moradores. O cotidiano dessas residências é marcado por negociações, singularidades e adaptações, que exigem das equipes envolvidas uma postura ética flexibilidade, compromisso e respeito ao lar e à residencialidade que é característica particular ao desempenho das ações de cuidado desenvolvidas nos SRTs. Para tanto são fundamentais estratégias que se distanciem da lógica institucional e se aproximem de práticas de cuidado que apostem nos sujeitos e em seus projetos de vida. Achados das equipes de inspeção pelo país de restrição e contingenciamento financeiro para a abertura e gestão de vagas de SRTs como observadas pelo CRP-17, no estado do Rio Grande do Norte, nos quais a prefeitura de

Natal vem restringindo vagas de Residências Terapêuticas para munícipes naturais da cidade, refletem revezes na gestão e na demanda por ampliação no número de dispositivos e vagas que precisam ser superados com a ampliação de profissionais, investimento em educação permanente e habilitação de mais e novas moradias, sustentadas pelo território e pelo apoio dos equipamentos organizados no trabalho em rede.

Desse modo, a existência e o fortalecimento dos SRTs são essenciais para a continuidade do processo de desinstitucionalização em bases éticas e emancipatórias. Para além de espaços físicos de moradia, a consolidação de ambientes seguros e propícios ao exercício da singularidade das pessoas com deficiência psicossocial egressas dos manicômios judiciários representam o compromisso do Estado com a reparação histórica da violência manicomial e com a criação de condições reais para a vida em liberdade. Investir em SRTs, assegurar recursos humanos qualificados, garantir articulação com os demais dispositivos da RAPS e fomentar o pertencimento comunitário de seus moradores é fundamental.

O que se coloca como mais importante para a garantia do acesso a direitos é, sobretudo, a liberdade. É a liberdade o único canal possível para a restauração dos conflitos e para a ruptura com o ciclo de negações e de violência que historicamente atravessou a vida de pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei. É por meio da força motriz da sustentação do cuidado em liberdade que passamos a mobilizar investimentos em novos projetos de vida, no reconhecimento humano como um possível novo, e como condição digna para a população no acesso aos serviços socioassistenciais e de saúde — mas também para as trabalhadoras e os trabalhadores nas redes de nossas políticas. Estas são exigências inegociáveis para que se reflita o cuidado mútuo e o necessário investimento social e humano na riqueza produzida pela população em nosso país.



4. RECOMENDAÇÕES

A Resolução CNJ n. 487/2023 constitui um marco normativo fundamental no enfrentamento da manutenção dos manicômios judiciais no país, dispositivos arcaicos cuja extinção vinha sendo reiteradamente postergada. As inspeções realizadas reafirmam o caráter crítico dessas instituições, retratadas como espaços híbridos entre prisão e hospital, nos quais persistem práticas gravemente violadoras de direitos - como internações por tempo indeterminado, mesmo sem respaldo clínico, e situações de privação de liberdade por prazos superiores ao estabelecido pelo Código Penal, configurando verdadeiras prisões perpétuas e ilegais. Tais práticas, em muitos casos, já não são toleradas nem no sistema prisional comum, tampouco na rede hospitalar, mas permanecem nesses espaços, que seguem sendo “o pior do pior”.

Com base nos achados consolidados nos eixos analíticos deste relatório, esta seção final apresenta um conjunto de recomendações destinadas à efetivação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. As propostas aqui reunidas partem do reconhecimento de que **os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) e suas instituições congêneres - como alas psiquiátricas prisionais, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas – são estruturalmente incompatíveis com a garantia dos Direitos Humanos, com o cuidado em saúde, com os princípios da dignidade da pessoa humana.**

A Inspeção revelou que o processo de desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) está efetivamente em curso no país. Ainda que tenha sido verificada a persistência de desafios e da lógica manicomial em alguns dos serviços substitutivos visitados, é possível dizer que a RAPS é plenamente capaz de acolher as pessoas desinstitucionalizadas dos manicômios judiciais, em dispositivos distribuídos territorialmente por todo o país, o que confere acessibilidade e cuidado em território, além de constante balizamento pelas políticas de saúde e não de prisão.

Narrativas desinformativas, muitas vezes difundidas por setores contrários ao fechamento dos ECTPs, que alegavam riscos à segurança pública ou uma suposta ‘liberação indiscriminada de criminosos’, foram categoricamente refutadas pela própria experiência de implementação da Resolução CNJ n. 487/2023. Consideramos fundamental a adoção de protocolos conjuntos entre o Ministério da Justiça; da Saúde; do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; dos Direitos Humanos e Cidadania; da Igualdade Racial; e das Mulheres, bem como ações de comunicação voltadas à sociedade, a fim de dirimir os efeitos de campanhas orquestradas de desinformação e notícias falsas.

Em locais onde o processo de desinstitucionalização já se encontra mais avançado, a exemplo do estado da Paraíba, têm sido evidenciadas a redução das violações de direitos e a construção efetiva de estratégias de cuidado para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Com o modelo brasileiro de atenção psicossocial, cada desinternamento tem representado, na prática, o início de um novo ciclo de cuidados, agora acompanhado pela RAPS, rompendo com a lógica de exclusão e reafirmando o cuidado em liberdade como princípio ético e político, como já se verificava em outras experiências pioneiras nos estados de Minas Gerais e Goiás.

No entanto, é importante pontuar que a articulação entre os setores da RAPS e da rede socioassistencial segue fundamental para atender as necessidades integrais das pessoas desinstitucionalizadas, promovendo sua autonomia e inclusão social. Além dos serviços da RAPS, o Sistema Único de Assistência Social dispõe de serviços qualificados para a proteção social de pessoas libertadas dos HCTPs e seus familiares.

A criação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas, chamadas de EAP-Desinst, conforme o art. 95 da Portaria GM/MS Nº 4.876, representa um passo significativo nesse sentido, funcionando como elo entre a Justiça, os serviços de saúde mental e a assistência social. É importante ressaltar que foi a partir da aplicação da Resolução CNJ n. 487/2023 que vários estados brasileiros passaram a contar com esse importante serviço, representados por um crescimento de aproximadamente 5 para 32 equipes, presentes em mais de 20 unidades da federação. Consideramos que estes são efeitos incontestes da capacidade institucional de regulamentação e execução plena dos termos da Resolução, o que corrobora o acerto dos seus termos e enseja sua plena continuidade.

Para a efetivação do modelo do cuidado em liberdade das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, entendemos como imperiosa necessidade de fortalecimento dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e das equipes de EAP-Desinst, com investimentos públicos e reorganização dos dispositivos normativos que deem retaguarda ao atendimento de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. O pleno êxito da política de desinstitucionalização requer a atuação articulada e corresponsável dos entes federativos, que devem assegurar os aportes financeiros, estruturais e humanos necessários à RAPS e à rede socioassistencial.

O fortalecimento do modelo de atenção que priorize a reabilitação e a inclusão social ao invés do encarceramento, cronificação e retroalimentação da violência é um passo fundamental para combater o estigma e a discriminação que cercam essas pessoas, muitas vezes já marginalizadas e com suas realidades de vida marcadas por profundas desigualdades.

Por isso, o Sistema Conselhos de Psicologia recomenda:

1. **A INTERDIÇÃO E FECHAMENTO DEFINITIVO DESTAS INSTITUIÇÕES (ECTP, HCTP, Alas)**, com redirecionamento de todos os recursos financeiros, materiais e humanos hoje aplicados na sua manutenção para a construção de alternativas em liberdade, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da rede intersetorial;
2. que **NENHUMA NOVA INTERNAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL EM CONFLITO COM A LEI SEJA REALIZADA EM ECTPS QUE PERMANECEM EM FUNCIONAMENTO**;
3. a implementação, até a efetiva desinstitucionalização, de **MEDIDAS EMERGENCIAIS QUE ASSEGUREM ÀS PESSOAS ATUALMENTE CUSTODIADAS** condições mínimas de dignidade, incluindo acesso irrestrito a água potável, alimentação de qualidade, condições adequadas de higiene, atendimento contínuo em saúde, espaços para convivência e respeito à identidade de gênero, raça/etnia, faixa etária, identidade religiosa, deficiência, origem territorial e orientação sexual;
4. a desinstitucionalização das pessoas remanescentes nos manicômios judiciais **DEVE OCORRER DE FORMA PLANEJADA, COM BASE EM PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES (PTS)**, elaborados por equipes interdisciplinares, com o acompanhamento contínuo das instâncias de saúde, justiça e assistência, e nos termos da Lei nº 10.216/2001.

Outras recomendações complementares foram sintetizadas em blocos, conforme os temas analisados no relatório:

1. Extinção dos ECTPs e encerramento de práticas manicomiais:

- afirmar a inviabilidade jurídica, sanitária e ética dos ECTPs e instituições congêneres para o cumprimento de medidas de segurança e cuidados em saúde mental;
- fazer avançar, com urgência, os planos estaduais de interdição total dessas instituições, conforme previsto na Resolução CNJ nº 487/2023;
- encerrar a prática de encaminhamento de pessoas com deficiência psicossocial para internações em instituições de características asilares, como hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e unidades ou alas prisionais;
- interditar imediatamente alas, celas e quaisquer ambientes que apresentem condições estruturais ou práticas institucionais que configurem violação de direitos, tais como: insalubridade, tortura, uso abusivo de contenção física e química, restrição de acesso à água, alimentação inadequada e ausência de assistência em saúde;
- encerrar imediatamente o uso de celas fortes, solitárias e tratamentos punitivos às pessoas

com deficiência psicossocial em conflito com a lei, reorientando as práticas para o estrito cuidado em saúde;

- proibir práticas violadoras como isolamento prolongado, contenção física ou química sem respaldo clínico, restrições a visitas e comunicação, além da suspensão de qualquer prática de castigo, tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante.

2. Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Rede Intersetorial:

- redirecionar todos os investimentos públicos vinculados à manutenção dessas instituições para a RAPS, priorizando a expansão de SRTs, CAPS III, EAPs e serviços articuladores do cuidado territorial;
- criar e qualificar dispositivos de acolhimento em liberdade no território, como SRTs, CAPS III e Unidades de Acolhimento, com retaguarda clínica, intersetorial e multiprofissional;
- ampliar a cobertura da RAPS, em diálogo com as realidades territoriais, com fortalecimento da atuação dos CAPS de diferentes modalidades, SRTs, Unidades de Acolhimento e Atenção Básica, com foco na atenção à população egressa do sistema de custódia;
- implementar, recompor e ampliar as equipes EAP-Desinst, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 4.876/2024, incluindo o provimento emergencial das EAPs estaduais;
- instituir fluxos contínuos entre instituições de privação de liberdade e a RAPS, com presença ativa das Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAPs-Desinst);
- ampliar a articulação com a rede socioassistencial do SUAS, a fim de que as pessoas egressas e familiares recebam acompanhamento dos CRAS e CREAS, possibilitando o acesso a benefícios e a direitos sociais.

3. Processo de desinstitucionalização com centralidade no sujeito e no território:

- garantir que todo processo de desinstitucionalização seja conduzido com base em Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) elaborados por equipes interdisciplinares, em diálogo com a pessoa atendida, conforme a Lei nº 10.216/2001;
- garantir que haja revisão frequente dos processos judiciais de medida de segurança, sempre em diálogo com a RAPS;
- garantir que haja celeridade nas perícias para exames de insanidade mental e para cessação da medida de segurança;
- construir o processo de desinstitucionalização a partir do vínculo com a pessoa, considerando sua trajetória de vida, suas relações, as interseccionalidades de suas identidades, a história do seu sofrimento psíquico, as estratégias de cuidado já acionadas — tanto formais quanto informais —, além de reconhecer suas potências, habilidades, desejos e os recursos disponíveis no âmbito pessoal, institucional e comunitário, assegurando que seu protagonismo esteja no centro do processo;
- priorizar o acompanhamento das pessoas egressas com vínculo contínuo à rede pública, mediante fluxos de cuidado pactuados entre SUS, SUAS e o Sistema de Justiça;
- assegurar o direito à moradia, à habitação, ao transporte, à renda, à educação, à arte e

- cultura, e ao cuidado comunitário como condição de efetivação do cuidado em liberdade;
- garantir que a desinstitucionalização esteja ancorada na realidade e nos recursos próprios do território, com retaguarda social e habitacional articulada ao cuidado em saúde.

4. Articulação intersetorial, governança e controle social:

- instituir comitês intersetoriais, com participação de usuários, familiares e movimentos sociais, para monitoramento dos casos nas varas de audiência e definição ágil de ações que evitem a permanência em unidades prisionais. Esses espaços devem fortalecer a articulação entre Judiciário, Saúde e Assistência Social, estabelecendo fluxos locais, com protagonismo das equipes da rede de cuidado;
- criar, a partir de articulação intersetorial e interfederativa, programas de Educação Permanente, formação inicial, continuada e supervisão técnica para as equipes multiprofissionais que atuam nos processos de desinstitucionalização, além de gestores e representantes de fóruns de controle social;
- instituir CEIMPA em todas as unidades da federação, conforme disposto na Resolução CNJ n. 487/2023;
- monitorar permanentemente a execução da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, principalmente por meio dos CEIMPAS, visando a não-repetição de isolamento e exclusão de novas pessoas que cheguem ao sistema de justiça criminal;
- implementar mecanismos contínuos de controle externo, com atuação articulada do MNPCT, Ministérios Públicos, Defensorias, Conselhos de Direitos e Conselhos Regionais de Psicologia.

5. Transparência, monitoramento e produção de dados:

- garantir acesso irrestrito das equipes fiscalizadoras aos estabelecimentos de custódia e unidades prisionais, com registro público dos dados básicos das pessoas custodiadas;
- constituir um fluxo de informação e tornar públicos os dados referentes às condições institucionais, tempo de internação, situação processual e acesso à saúde e à assistência das pessoas custodiadas.

6. Condições de trabalho, formação e valorização das equipes:

- ampliar as equipes de EAP-Desinst, um mecanismo fundamental para construir pontes entre os serviços do SUS e do SUAS já existentes, com acompanhamento próximo e efetivo do cuidado de cada pessoa em seus territórios. É urgente sistematizar e difundir as boas práticas que advêm do trabalho dessas equipes em todo o país;
- assegurar a existência de equipes multiprofissionais completas e com vínculos estáveis nas instituições e serviços da RAPS que atendem às pessoas egressas dos ECTPs;
- proteger a autonomia técnica e ética das(os) trabalhadoras(es), com apoio institucional e espaços de promoção da autonomia e da valorização do trabalho, especialmente na atuação junto às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei.

5. CONCLUSÃO

A **Inspeção Nacional de Direitos Humanos** apresentou, neste percurso de investigação dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, retratos de um processo em movimento que evidenciam que o manicômio judiciário segue sendo um espaço violador de direitos. Se, há 10 anos, o relatório da Inspeção aos Manicômios, produzido pelo Conselho Federal de Psicologia e parceiros, indicava que o manicômio judiciário era “o pior do pior” — isto é, “o pior da prisão com o pior do hospício” —, em 2025 permanecemos categóricos em afirmar que essas instituições seguem operando dentro desse mesmo enquadramento.

É fundamental situar o manicômio judiciário na história da exclusão e da internação, anterior inclusive ao delineamento da Psiquiatria e da Psicologia como ciências propriamente ditas. Desde as naus dos loucos no Renascimento, a medida de tratamento para pessoas delirantes, desviantes ou simplesmente indesejadas era lançá-las ao mar, em embarcações à deriva. As mesmas águas que foram forçadamente atravessadas por milhões de pessoas negras africanas, impedidas de determinarem os rumos de suas vidas e histórias, espalhadas pelo mundo em diáspora. Como recurso de dominação e disciplinamento desses corpos no território, o poder colonial e branco produziu grandes internações — e apenas muito tempo depois foram conformadas as terapêuticas clínicas e uma nosologia que pretendeu nomear os efeitos da própria colonização sobre as subjetividades.

O próprio encarceramento de pessoas em sofrimento mental — e também daquelas em conflito com a lei — é que passa a forjar os saberes sobre a loucura e o perigo. Associados à lógica de higienização e limpeza social, esses saberes passaram a recomendar o hospício como espaço de tratamento. Ganham fôlego as teorias racistas, que ao torturar a realidade e as pessoas, buscavam medidas que fizessem sentido para o enfrentamento da chamada “periculosidade”. O racismo científico, portanto, contribuiu de forma decisiva para fortalecer o discurso de “proteção da sociedade”, sustentando-se em teorias de supremacia racial branca e no eugenismo para tirar de circulação pessoas em conflito com a norma.

Se os primeiros hospícios eram assim, o que a Inspeção Nacional atual encontrou e revelou foram denúncias de que, ainda hoje, a colonização de corpos-territórios segue como viga estruturante do manicômio judiciário.

Diante da publicação da Resolução n. 487/2023, que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, corajosamente publicada e estruturada pelo Conselho Nacional de Justiça, o Conselho Federal de Psicologia e os Conselhos Regionais de Psicologia reafirmaram (e atualizaram) seu compromisso histórico com o enfrentamento à violência e à tortura nos manicômios judiciários no país.

Nesse sentido, no último triênio o Sistema Conselhos de Psicologia engajou-se em ações políticas e técnicas de orientação à categoria profissional sobre o tema; empreendeu diálogos interinstitucionais para garantir a defesa da Resolução do CNJ; e colocou-se à disposição para colaborar com magistrados e equipes técnicas do Judiciário, tanto na qualificação do exercício profissional da Psicologia nesse contexto, como na reflexão sobre as tecnologias críticas de cuidado que podem – e precisam – ser desenvolvidas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil.

Não nos furtamos de ir a campo, integrando a investida pelo fechamento dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) e pela desinstitucionalização de pessoas com deficiência psicossocial em cumprimento de medidas de segurança no país. Realizamos a inspeção de um processo em movimento, que revelou denúncias gravíssimas sobre as condições ilegais – para dizer o mínimo – ainda impostas a essas pessoas. E que justifica a importância da Resolução do CNJ, sobretudo diante da realidade concreta encontrada nos territórios.

Demos destaque a essas denúncias, sobretudo, porque persistia um silêncio imposto há um longo tempo, escondido atrás de muros e cercas elétricas, de trancas e dos fundos das celas por todo o país. Muitas dores são infligidas e perpetuadas nos manicômios judiciários, e o Sistema Conselhos de Psicologia compreende que é fundamental trazê-las à público.

Este relatório, produzido pelas autarquias de regulamentação da profissão de psicólogas e psicólogos no Brasil, não pode se limitar à frieza descritiva dos documentos técnicos e das supostas fiscalizações empreendidas pelos órgãos de controle e responsáveis pelas políticas de saúde e carcerária nos estados brasileiros. As pessoas com deficiência psicossocial em cumprimento de medidas de segurança não são números. São pessoas com histórias, famílias, amores, desejos, contradições, conflitos, interesses, sofrimentos e prazeres. São seres humanos em sofrimento mental, com necessidades específicas de cuidado em saúde, cidadãos relegados ao “pior do pior” em vez de terem seus direitos garantidos.

As limitações, barreiras, celas, abandonos e negligências não são meras descrições de relatórios. São realidades brutais, que se sobrepõem a qualquer outro destaque: comidas estragadas; controle sobre o consumo de água; banheiros escavados diretamente no chão; pragas urbanas; choques elétricos; solitárias; violências psicológicas e físicas; tortura; isolamento; discriminações; óbitos. Racismo, misoginia, capacitismo, transfobia. **Este é o relatório. Este segue sendo o manicômio judiciário no Brasil: o pior da prisão com o pior do hospício.**

Dentre as instituições inspecionadas, incluem-se três manicômios cujas interdições de funcionamento foram suspensas por liminar do Supremo Tribunal Federal (STF), sob a justificativa da alegada insuficiência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em oferecer retaguarda e acolhimento às pessoas egressas dessas instituições. Trata-se de um argumento frontalmente contradito pelo próprio

processo de inspeção: os equipamentos da RAPS demonstraram capacidade para promover cuidado e garantir saúde às pessoas egressas de manicômios judiciários, sendo o financiamento adequado das estratégias substitutivas um fator determinante para seu êxito. O entendimento do Sistema Conselhos de Psicologia é o de que é imperioso o fortalecimento da RAPS, além da adoção de protocolos conjuntos entre o Ministério da Justiça e Segurança Pública, o Ministério da Saúde, o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, bem como os ministérios da Igualdade Racial e das Mulheres, acompanhados de ações de comunicação voltadas à sociedade, com o objetivo de enfrentar os efeitos de campanhas orquestradas de desinformação e *fake news* sobre o fechamento dos manicômios judiciários no Brasil.

As decisões liminares de ministros do STF, ao suspender a interdição de funcionamento dos ECTPs, trazem consigo o risco de consolidar a retomada da atuação dos manicômios judiciários - ou até mesmo de ampliar a lotação de suas celas. Em contrapartida, a Inspeção demonstrou o risco em se manter em funcionamento esses espaços, o que se choca às decisões mencionadas, ao revelar os inúmeros traços e ocorrências nefastas que caracterizam não apenas determinados estabelecimentos, e, sobretudo, as lógicas manicomial e prisional que persistem em todo o país, apesar da Constituição Federal, da Lei de Combate à Tortura, da Lei da Reforma Psiquiátrica e da Lei Brasileira de Inclusão.

O processo de desinstitucionalização dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico está em curso, fundamentado nos avanços promovidos pela Política Antimanicomial do Poder Judiciário, instituída pela Resolução CNJ nº 487/2023. O cenário revelado pela Inspeção Nacional apenas confirma a justeza e a necessidade de que essa resolução seja aplicada em sua integralidade. **A Política Antimanicomial do Judiciário sintetiza a necessidade histórica — ainda em curso — de que o manicômio judiciário deixe de existir no Brasil.** Mais do que isso, a Resolução evidencia que, tal como vigente no país, o manicômio judiciário é moral, ética e constitucionalmente insustentável — como já decidiu o próprio STF na ADPF 347, sobre o sistema carcerário brasileiro. Se apontamos as violações persistentes nas antigas e novas formas das estruturas manicomiais, bem como a urgência dos caminhos a serem trilhados pela Reforma Psiquiátrica e pela Resolução CNJ nº 487/2023, é porque reafirmamos a total incompatibilidade do modelo vigente, não apenas com uma prática digna de cuidado, mas também com qualquer concepção humanizada de tratamento, contrariando, assim, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Psicologia brasileira se orienta pelos princípios fundamentais do nosso Código de Ética Profissional, que nos obriga a contribuir para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. O Sistema Conselhos de Psicologia, por meio de suas Comissões de Direitos Humanos, direcionou esforços institucionais, portanto, que expressam as denúncias e as histórias das pessoas que conhecemos nesta Inspeção. Pessoas que ainda estão sujeitas ao horror manicomial e aquelas que, por conta do processo de desinstitucionalização, estão, pouco

a pouco, retomando a vida em liberdade, e tendo acesso ao devido cuidado em saúde mental, sem notícias de reincidências.

Essas pessoas têm existências que se encontram para além das imagens policialescas dos noticiários. É necessário lembrar que, via de regra, estão em contexto de sofrimento e crise, e demandam suporte para a retomada de seus projetos de vida e o reconhecimento como sujeitos de acesso a direitos, o que muitas vezes não tiveram acesso antes. A contribuição da Psicologia, em sua atuação ética e social, é desenvolver estratégias e apoiar as subjetividades em sofrimento por seu encobrimento e negação. Sustentando o valor da dignidade humana, a atuação ética e profissional para o cuidado em liberdade nos oferece, na RAPS, a retaguarda necessária no manejo de crise e na sustentação ética da singularidade.

A Psicologia tem como fundamento, em sua atuação, o acolhimento desta singularidade. É nesses termos que chamamos atenção para os retratos ausentes e apagados desta Inspeção. A contrapelo, colhemos relatos e histórias de pessoas desprotegidas das consequências possivelmente perigosas da exposição de suas dores, e também da estigmatização imposta àquelas e àqueles que, à mais fria letra da lei, são “considerados incapazes de entender e querer” - ou seja, marcados pelas mais variadas formas de subalternização: absolvido-doente e preso; criminoso e louco e seus atravessamentos raciais e de gênero.

São pessoas cujas subjetividades estão encobertas pela mais absoluta privação material, que excede – muito além do que é possível contabilizar ou expressar – a própria privação da liberdade. Soma-se a isso a deficiência psicossocial e o estigma da criminalização, dos quais resulta a absurda noção de periculosidade. Chamamos de absurda porque essa ideia de perigo não se sustenta quando se lança atenção para o cuidado, o investimento em projetos de vida e as condições dignas de que todo sujeito humano deve dispor: saúde, moradia, trabalho, transporte, educação, arte e cultura, convivência social e comunitária. São aspectos dos Direitos Humanos que permitem que a singularidade de cada pessoa transponha as barreiras do chamado “perigo”. No entanto, nas estruturas manicomiais, essas possibilidades enfrentam uma condenação material e simbólica imposta justamente àquelas e àqueles para quem, segundo a própria lei penal, não cabe pena e sim tratamento.

Para isso, o investimento no sistema público de seguridade social é fundamental. A ampliação de aportes orçamentários para o financiamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da rede de atenção em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e da rede socioassistencial do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é mais que necessária. Devem garantir não apenas o suporte à desinstitucionalização e ao apoio às pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, mas também a qualificação, o fortalecimento técnico e as condições dignas de vida e de trabalho às equipes multiprofissionais que integram as políticas públicas de apoio a essas pessoas e suas famílias.

É necessário, portanto, aprofundar a qualidade da oferta dos serviços e ampliar o orçamento público destinado aos investimentos sociais - para que os recursos do SUS e do SUAS possam ser convertidos em capacitação, infraestrutura e suporte ao trabalho e às relações de cuidado em saúde mental para toda a população, inclusive para as pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei. Entendemos, portanto, que **não há promoção de saúde, nem enfrentamento ao manicômio, sem ampliação e fortalecimento da RAPS.**

Por fim, em diálogo com a Campanha Nacional organizada pela Comissão de Direitos Humanos do CFP, **“Descolonizar corpos e territórios: reconstruindo existências-Brasis”**, registramos que a Psicologia trilha os caminhos da descolonização como horizonte dos Direitos Humanos. Reconhecemos, no tratamento hoje destinado a pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, uma tentativa sistemática de apagamento da existência humana. Trata-se de uma existência-Brasil negada – destituída de nome, de história, de território –, cujo depósito nos manicômios judiciais revela o que há de mais persistente na lógica da exclusão institucional: o confinamento com abandono, o apagamento calculado, o castigo sem sentido. A indefinição de tempo, que pode levar à uma prisão perpétua.

A lógica de apagamento é impulsionada pela ausência de informações mínimas sobre identidade, gênero, pertencimento e trajetória de vida destas pessoas, que aponta para um regime de encobrimento comum às instituições totais. Esse regime impede a elaboração efetiva de alguns dos recursos de ação mais elementares à desinstitucionalização: o desenho dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) das pessoas com deficiência psicossocial em conflito com a lei, como determina a Resolução CNJ nº 487/2023. Se as instituições desconsideram os sujeitos nelas internados – suas existências, horizontes, corpos-territórios e histórias –, como poderão apoiar a construção de seus projetos de vida na saída dos manicômios? Como poderão construir cuidado?

É necessária, portanto, a construção de estratégias que visem ao fortalecimento dos laços sociais e uma participação maior dos sujeitos por meio de projetos interdisciplinares que tenham por objetivo o resgate da cidadania e a inserção na sociedade extramuros tendo sempre em vista as idiosincrasias de cada pessoa assistida e sua história.

“Descolonizar corpos e territórios”, como nos convoca a Campanha Nacional da CDH/CFP, exige enfrentar as estruturas que ainda operam o apagamento como política. **Reconstituir a possibilidade de existência das pessoas com deficiência psicossocial em cumprimento de medida de segurança é uma convocação ética à Psicologia, à academia, à sociedade civil e a todas as instituições públicas.** O Conselho Federal de Psicologia e os Conselhos Regionais, reafirmam, assim, o compromisso com o cuidado em liberdade e a concretização do processo de fechamento dos manicômios judiciais no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, DF, 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del-2848compilado.htm. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. **Expansão dos serviços de saúde mental ultrapassa meta prevista para 2024**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/expansao-dos-servicos-de-saude-mental-ultrapassa-meta-prevista-para-2024>. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Lei n. 9455, de 7 de abril de 1997. Define os crimes de tortura e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1997. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9455.htm. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Lei n. 12.847, de 2 de agosto de 2013. Institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/112847.htm. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 4.876, de 18 de julho de 2024. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-Desinst, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2024a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4876_19_07_2024.html. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. 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 (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Portaria SAES/MS n. 2.070, de 4 de setembro de 2024. Estabelece regras para registro da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-DESINST) e inclui procedimento na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2024b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Saes/2024/prt2070_18_09_2024.html. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário**: Resolução CNJ n. 487 de 2023. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/digital-manual-antimanicomial.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Recomendação n. 35 de 12/07/2011 Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. **DJE/CNJ nº 129/2011**, de 14/07/2011, p. 2-3. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/849>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Resolução n. 113 de 20/04/2010. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. **DJE/CNJ nº 73/2010**, de 26/04/2010, p. 03-07. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/136>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Resolução Nº 213 de 15/12/2015. Dispõe sobre a apresentação de toda pessoa presa à autoridade judicial no prazo de 24 horas. **DJe/CNJ nº 1/2016**, de 8 de janeiro de 2016, p. 2-13. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2234>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Resolução CNJ n. 225 de 31/05/2016. Dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. **DJe/CNJ, nº 91**, de 2 de junho de 2016, p. 28-33. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2289>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Resolução Nº 287 de 25/06/2019. Estabelece procedimentos ao tratamento das pessoas indígenas acusadas, réus, condenadas ou privadas de liberdade, e dá diretrizes para assegurar os direitos dessa população no âmbito criminal do Poder Judiciário. **DJe/CNJ nº 131/2019**, de 2/7/2019a, p. 2-3. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2959>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Resolução Nº 288 de 25/06/2019. Define a política institucional do Poder Judiciário para a promoção da aplicação de alternativas penais, com enfoque restaurativo, em substituição à privação de liberdade. **DJe/CNJ nº 129/2019**, de 2/6/2019b, p. 4-5. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2957>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Resolução n. 307, de 17 de dezembro de 2019**. Institui a Política de Atenção a Pessoas Egressas do Sistema Prisional no âmbito do Poder Judiciário, prevendo os procedimentos, as diretrizes, o modelo institucional e a metodologia de trabalho para sua implementação. 2019c. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original-1153009202001105e1898819c054.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Resolução Nº 348 de 13/10/2020. Estabelece diretrizes e procedimentos a serem observados pelo Poder Judiciário, no âmbito criminal, com relação ao tratamento da população lésbica, gay, bissexual, transexual, travesti ou intersexo que seja custodiada, acusada, ré, condenada, privada de liberdade, em cumprimento de alternativas penais ou monitorada eletronicamente. **DJe/CNJ nº 335/2020**, de 15/10/2020, p. 12-17. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3519>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Resolução CNJ n. 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. **DJe/CNJ nº 36/2023**, de 27 fev. 2023, p. 2-8. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). *Resolução CNJ n. 572, de 26 de agosto de 2024*. Altera a Resolução CNJ n. 487/2023, instituindo diretrizes, cronogramas e prazos para implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece a possibilidade de prorrogação mediante plano de ação. **DJe/CNJ nº 206/2024**, de 30 ago. 2024, p. 510. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5706>. Acesso em: 15 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCCP). Resolução n. 4, de 30 de Julho de 2010. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/07/resolucao-no-4-de-30-de-julho-de-2010.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCCP). Resolução n. 5, de 04 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/composicao/cnpccp/resolucoes/2004/resolucao-no-5-de-04-de-maio-de-2004.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS (CNDH). Resolução n. 08, de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/pt-br/pt-br/composicao/cndh/resolucoes/2019/resolucao-no-8-de-14-de-agosto-de-2019.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil (Mérito, Reparações e Custas)*. Sentença de 4 de julho de 2006. Série C nº 149. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <https://livros.unb.br/index.php/portal/catalog/book/9>. Acesso em: 15 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório de atividades da Comissão Nacional para os Direitos Humanos**. [S. l.]: ONU, 2017. Disponível em: <https://direitoshumanos.mne.gov.pt/images/documentacao/atividades/cndh-relatorio-atividades-2017.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Resolução 2002, de 24 de julho de 2002**. Princípios básicos para utilização de programas de Justiça restaurativa em matéria criminal. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/nupia/resolucao_onu_2002.pdf. Acesso em: 10 jul. 2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **ADPF 347/2015**. Violação massiva de direitos fundamentais no sistema carcerário brasileiro. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticia/NoticiaStf/anexo/1ADPF347InformaosociedadeV2_6out23_17h55.pdf. Acesso em: 10 jul. 2025.

 Conselho Federal de Psicologia |  Conselhos Regionais de Psicologia

 CONJ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA