



---

---

**RELATO DE CASO**

---

---

**DOENÇA MENTAL: RELATO DE CASO DE UMA INTERNAÇÃO DE QUASE QUATRO DÉCADAS EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA****MENTAL HEALTH: CASE REPORT OF A HOSPITALIZATION OF ALMOST FOUR DECADES IN CUSTODY AND PSYCHIATRIC TREATMENT HOSPITAL**

Vanessa Maciel Lema<sup>1</sup>  
Anna Paula Piovezan<sup>1</sup>

**RESUMO**

O presente artigo discute os conceitos dos laudos de sanidade mental e cessação de periculosidade encontrados no prontuário de um paciente com diagnóstico de esquizofrenia, que cometeu homicídio e foi judicialmente submetido a medida de segurança em regime de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico para cumprir três anos, mas que, no entanto, permaneceu internado por trinta e oito anos. Este relato demonstra a relevância da psiquiatria na prática forense, fazendo a ligação entre o contexto médico-psiquiátrico e o contexto jurídico na determinação da responsabilidade penal, bem como na institucionalização da pessoa portadora de transtorno mental em conflito com a lei. Sobretudo, busca-se aqui salientar a importância da implementação de mecanismos para a desinternação dos pacientes, conforme previsto na Lei Antimanicomial Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, atualmente vigente.

**Descritores:** Hospitais de Custódia e Tratamento. Psiquiatria forense. Esquizofrenia.

**ABSTRACT**

The present article aims to point out the concepts of mental health and cessation of dangerousness found in the medical records of a patient with a diagnosis of schizophrenia, who committed homicide and was judicially charged for hospitalization and treatment in a custodial hospital to serve a three-year sentence; however, the patient remained hospitalized for thirty-eight years. This report demonstrates the connection of psychiatry in forensic practice, linking the medical-psychiatric and the legal context in the determination of criminal responsibility, as well as in the institutionalization of the person with a mental disorder in conflict with the law. Above all, the aim of the authors is to emphasize the importance of implementing mechanisms for the discharge of patients, as provided for in the Anti-Asylum Law 10.216 of April 06, 2001 currently in force.

**Keywords:** Hospitals, Psychiatric; Forensic Psychiatry; Schizophrenia.

---

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Universidade do Sul de Santa Catarina -UNISUL -Campus Pedra Branca -Palhoça (SC) Brasil. E-mail: sralema@yahoo.com.br



## INTRODUÇÃO

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina (HCTP) é uma instituição criada pela Lei 4.559, em 07 de janeiro de 1971, com o objetivo de tratar pessoas com transtorno mental que cometeram algum ato ilícito<sup>1</sup>; inicialmente foi denominado de Manicômio Judiciário e recebeu esta nova designação no ano de 1984<sup>2</sup>. O âmbito de atuação do HCTP é estadual, sendo a única instituição do gênero no estado que atende os pacientes portadores de transtornos mentais em conflito com a lei e, por isto, sob custódia deste hospital, provisoriamente ou para cumprimento de medida de segurança. No HCTP de Santa Catarina, os pacientes internados são exclusivamente do gênero masculinos e que já tenham completado a maioridade.

De acordo com o Decreto-lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940, a medida de segurança é aplicada ao paciente declarado inimputável, ou seja, aquele que ao tempo da ação de infração da lei for considerado inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento<sup>3</sup>. Para isto, é levado em consideração um laudo que atesta as condições de saúde do paciente a partir da avaliação médica psiquiátrica e, em alguns casos, com o apoio de profissionais da área do serviço social e da psicologia. As informações contidas no laudo indicam o grau de comprometimento da personalidade do agente, seja por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, que determinarão a medida de segurança. Por outro lado, quando o resultado da avaliação realizada pelos profissionais aponta o comprometimento parcial na determinação e entendimento do caráter ilícito da conduta, o indivíduo é considerado semi-imputável pelo juiz, existindo a possibilidade de condenação com redução de pena (de um a dois terços) ou a substituição total da pena por medida de segurança<sup>3</sup>.

A medida de segurança pode ser determinada para ser cumprida em regime de internação hospitalar, no HCTP, ou para tratamento psiquiátrico em ambulatórios; neste último caso, o acompanhamento legal ocorre por meio de serviços comunitários de saúde mental<sup>3</sup>. O responsável pela determinação da medida de segurança é o juiz, que para a sentença se fundamenta nos laudos profissionais e estes, por sua vez, devem ser revistos periodicamente, a cada seis meses, para que seja avaliado o estado de periculosidade da loucura<sup>4</sup>. Este último aspecto é considerado, uma vez que nos casos de indivíduos inimputáveis ou semi-imputáveis o entendimento da “culpa” é substituído por uma suposta periculosidade devido a um possível retorno à prática de condutas legalmente tipificadas como crimes<sup>2</sup>.

Assim, a cessação da medida de internação em HCTP para estes indivíduos pode ocorrer em duas situações; primeiro, quando ocorre o cumprimento da medida de segurança pelo tempo



determinado pelo juiz e haja a constatação da cessação de periculosidade do paciente, por meio do laudo pericial e, neste caso, a pessoa pode dar continuidade ao tratamento ambulatorial se estiver internado. Para réus soltos, após ser submetido à perícia e sendo constatada a cessação de periculosidade para o indivíduo, daí decorre a extinção do processo.

Compreende-se assim, a importância da função do médico perito forense que faz a ligação entre o contexto médico-psiquiátrico e o marco jurídico, sendo este o profissional que esclarece as dúvidas e subsidia a decisão do juiz. Igualmente previsto no Decreto-lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940, o tempo de duração da medida de segurança pode variar de um a três anos<sup>3</sup>, conforme a ponderação do juiz. Contudo, não raro são os casos em que se observa a internação de indivíduos imputáveis ou semi-imputáveis no HCTP, por períodos de tempo bem mais prolongados. Diante do exposto, faz-se necessária a reflexão dos fatores que influenciam tal fato.

## **RELATO DE CASO**

Para o levantamento das informações, foram consultados o laudo psiquiátrico pericial com descrição do caso, prontuários hospitalar e jurídico, posteriormente à permissão da Direção do HCTP e do curador. O paciente completou no ano de 2022 setenta anos de idade, nascido em Santa Catarina, branco, viúvo, operário, cursou o primeiro ano primário e, antes do cometimento dos fatos ilícitos, residia com a esposa e filhos. No ano de 1984, à época dos fatos, com trinta e dois anos de idade, o paciente desferiu dezesseis golpes de faca contra a sua esposa, pelo fato de não encontrar seu carro na garagem. A vítima faleceu no local. Havia relato de outro homicídio anterior perpetrado pelo paciente.

Em seus antecedentes pessoais, não houve histórico de prejuízo no desenvolvimento neuropsicomotor, sofreu uma queda de um animal aos oito anos de idade, ficando desacordado e permanecendo internado em hospital durante três dias. Fumou cigarros de papel por seis meses, aos vinte e cinco anos ingeria cerveja em pouca quantidade nos finais de semana. Nega ter contraído doenças venéreas, bem como o uso de qualquer tipo de tóxico. Gostava de estudar, mas teve que deixar os estudos para ajudar o pai na lavoura aos nove anos de idade. Aos vinte e um anos passou a trabalhar por conta própria em seu terreno. Primeira relação sexual foi aos quatorze anos de idade em um prostíbulo, após passou a ter relações esporádicas, sempre em prostíbulos, teve poucas namoradas, sempre com um bom relacionamento. Namorou por um ano com a vítima e permaneceu casado por nove anos. No exame psiquiátrico pericial, ou laudo de Sanidade Mental, foram descritos no exame psíquico que o paciente se apresentava em mutismo, respondendo de forma breve e monossilábica às perguntas formuladas, tais



como nome e idade, durante aproximadamente um mês persistiu o mutismo associado a uma postura rígida na cadeira, olhando fixamente o entrevistador.

O paciente foi considerado inimputável e determinado o cumprimento de medida de segurança de três anos de internação no HCTP. No exame psiquiátrico relacionado ao estudo do caso (realizado trinta dias após a admissão do paciente no hospital), coincidente com o uso da terapêutica neuroléptica, o paciente começou a fazer contato verbal de forma coerente. Manteve-se lúcido, orientado, calmo, chamando a atenção sua indiferença com relação aos fatos acontecidos. Com o decorrer das entrevistas, com certa resistência relatou que matou a mulher porque esta não queria lhe entregar o carro, na segunda versão informou que a esposa vinha lhe traindo. Em certos momentos da entrevista pareceu que o periciado esboçou sorrisos imotivados; além de demonstrar certa irritabilidade, quando insistido sobre os fatos relacionados ao delito disse que não queria falar mais do assunto, que queria trabalhar e começar uma nova vida. O diagnóstico psiquiátrico foi realizado com base no laudo de sanidade mental por meio da análise dos antecedentes pessoais, anamnese e exame psicopatológico do paciente. Diagnóstico CID-10 F 20.0.

O paciente ingressou no HCTP em 1984, com previsão de término da medida de segurança imposta, de três anos, em julho de 1987, o que de fato ocorreu. Mas, tendo transcorrido menos de dois meses após a liberação, o paciente retornou, por conta própria, por não ter convívio com seus familiares. O mesmo fato se repetiu em fevereiro de 1989 e em julho de 1991, duas saídas com retornos rápidos, nenhum tempo fora da instituição ultrapassou os dois meses. Seguiu internado no HCTP do ano de 1991 a 1999, quando novamente saiu, só que dessa vez retornou em dois dias. A partir de 1999 permaneceu internado sem saídas até o ano de 2022. Durante este período, teve diversos laudos de cessação de periculosidade realizados, mas todos conclusivos que a periculosidade do paciente ainda não estava cessada.

Conforme se observa nos laudos, os relatórios do serviço social foram incisivos pela não cessação da periculosidade, mas baseados na ausência de apoio familiar. O último laudo de cessação de periculosidade realizado foi no ano de 2016. A partir dessa data a Vara de Execuções Penais, responsável pela fiscalização do cumprimento da medida de segurança, determinou a imediata soltura do paciente. A desinternação somente ocorreu em julho de 2022, com o apoio dos setores jurídico, gerente de apoio médico psiquiátrico e da direção do HCTP, que não mediram esforços desde 2021 para que de fato o paciente fosse desinternado com sucesso, após trinta e oito anos de internação.



## DUSCUSSÃO

Quando o paciente foi submetido à perícia psiquiátrico-forense para avaliação da responsabilidade penal, foi constatada a periculosidade, devido à violência da ação contra a esposa, assim foi determinada a sua internação no manicômio judiciário. No que diz respeito à avaliação pericial, foi diagnosticado que o paciente tinha incapacidade de entendimento e determinação. A perícia psiquiátrico-forense concluiu, neste caso, que o paciente era, na época dos fatos, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito dos fatos ou de determinar-se de acordo com esse entendimento<sup>3</sup>.

Lamentavelmente, casos como este, de homicídio no ambiente familiar são, na maioria das vezes, acompanhados de dificuldades, sobretudo para a equipe multidisciplinar do HCTP, no processo de desinternação. O que de fato se observou neste caso, com a permanência do paciente no HCTP por trinta e oito anos, é que todas as negativas da cessação de periculosidade apontavam para a não desinternação devido à ausência de apoio familiar. De certo modo, o princípio da reinserção familiar remove o eixo do problema da desinternação do Estado para a família<sup>5</sup>; no entanto, a família, sem o suporte do Estado não é capaz de sozinha, assumir totalmente tal responsabilidade.

Ações de suporte extra hospitalares que podem ser dados às famílias dos internados, tais como atendimentos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou em residenciais terapêuticos, entre outros, são previstos em lei. Estes centros são importantes porque é importante entender, neste e em casos semelhantes, de que maneira a equipe técnica avalia quem receberá o paciente após sua possível desinternação, bem como a forma que a família compreende a doença e a finalidade do tratamento na prevenção de novos episódios de distúrbios comportamentais.

Assim, resulta fundamental que a equipe do HCTP, em situações de rejeição do paciente por parte da família, promova, desde o início da internação, a reaproximação do paciente ao meio social, através das saídas terapêuticas e programas de alta progressiva, buscando resgatar sua autonomia e visando fortalecer a conscientização da continuidade do tratamento ambulatorial. Para isto, são necessárias diversas ações, como a criação do projeto terapêutico singular do paciente, as saídas terapêuticas, a manutenção dos vínculos familiares através das visitas, a conscientização da manutenção do tratamento, bem como a realização de visitas *in loco* por parte de toda a equipe multidisciplinar para desenvolver o processo de desinstitucionalização.

Ações como estas, desenvolvidas de maneira multidisciplinar, podem contribuir para que as internações em hospitais de custódia não ultrapassem o tempo de cumprimento da medida de segurança e, jamais, ir além do máximo da pena abstratamente cominada ao delito perpetrado e, ainda, em hipótese



alguma superior a trinta anos, considerando que não é possível apenar de forma mais severa o inimputável do que o imputável.

## CONCLUSÕES

Este caso demonstra a importância do diagnóstico da psiquiatria forense, para auxiliar o juiz na responsabilização penal da pessoa portadora de transtorno mental em conflito com a lei. Mas, para além do laudo psiquiátrico de sanidade mental, é essencial pensar de maneira multidisciplinar, no processo de desinternação do paciente, o que deve se iniciar no momento da internação e em consonância com as diretrizes da Lei Antimanicomial atualmente em vigor.

## REFERÊNCIAS

1. Santa Catarina, Lei n. 4.559, de 04 de janeiro de 1971. **Cria o Manicômio Judiciário do Estado e dá outras providências.** Diário Oficial 9.166 de 18/01/1971.
2. Emerim MF, Souza M. **Ninguém esquece uma coisa dessas. problematizações sobre parricídio e hospitais de custódia.** Psicologia & Sociedade. 2016;28(1):171-80.
3. Brasil, Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Dispõe sobre o Código Penal Brasileiro.** Diário Oficial da União 1940; Seção 1 - 31/12/1940, p. 23911.
4. Diniz D, Brito L. **“Eu não sou presa de juízo, não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil.** História, Ciências, Saúde. 2016;23(1):113-9.
5. Franco TM. **Além da medida: uma etnografia do tratamento previsto na medida de segurança em um manicômio judiciário do estado do Rio de Janeiro** [Dissertação].204f. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017.