

CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA – ASCES/UNITA
BACHARELADO EM DIREITO

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO
ESTADO DE PERNAMBUCO: A invisibilidade do psicótico criminoso

MARIA LUIZA FLORENCIO MENEZES SILVA

CARUARU

2018

CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA – ASCES/UNITA
BACHARELADO EM DIREITO

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO
ESTADO DE PERNAMBUCO: A invisibilidade do psicótico criminoso

MARIA LUIZA FLORENCIO MENEZES SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Centro
Universitário Tabosa de Almeida - ASCES/ UNITA, como
requisito final para obtenção do grau de Bacharel em
Direito.

Orientador: Prof. Arquimedes Melo

CARUARU

2018

BANCA EXAMINADORA

Aprovado em: ____/____/____

Presidente: Prof.

Primeiro Avaliador: Prof.

Segundo Avaliador: Prof.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
1 MEDIDAS DE SEGURANÇA.....	7
2 HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO.....	12
3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS	20

RESUMO

O objetivo do estudo é analisar a capacidade do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) para tratar e ressocializar os pacientes portadores de transtornos mentais que cometem crimes e estão cumprindo medida de segurança, além de compreender a situação da instituição psiquiátrica atualmente, quanto ao perfil da população internada e quais as dificuldades enfrentadas diariamente dentro da unidade prisional. Foi realizado um estudo empírico, interpretativo e quantitativo acerca do Hospital Psiquiátrico de Pernambuco, tendo dados coletados por meio de entrevista com funcionários e diretoria. Constatou-se que a unidade apesar de criada para tratar a periculosidade e reintegrar o paciente para o convívio social, é na verdade um instrumento de punição, caráter esse distinto do que a lei determina. Na perspectiva dos profissionais da área a instituição não promove a ressocialização, pois não há tratamentos adequados que atendam às pessoas que estão sob custódia, não estando elas preparadas para retornar à liberdade. Ficou constatado que a função principal do HCTP continua sendo a exclusão, não existindo terapêuticas satisfatórias que valorizem a integridade física e mental e que promovam a dignidade do custodiado, violando assim todos os direitos assegurados pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Palavras-chave: Hospital de Custódia; Medida de Segurança; Psiquiatria; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The goal of this study is to analyze the capability of Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) in treating and resocializing patients who carry mental disorders, commit crimes and are currently under security measures, as well as to understand the situation of psychiatric institutions regarding the profile of hospitalized population and the difficulties found daily inside a prison unit. An empirical, interpretative and quantitative study was conducted about Hospital Psiquiátrico de Pernambuco, while data was collected through interviews with employees and the administration. It was verified that this unity, though created to treat dangerousness and reintegrate patients to social life, is in fact a tool of punishment, which is separate from what is determined by law. From the point of view of experts in the field, this institution does not promote resocialization because there are no suitable treatments for the patients under custody, who are, therefore, not prepared to return to society. It was established that the main role of HCTP continues to be exclusion with no adequate treatment that values physical and mental integrity and promotes dignity to patients, thus violating all the rights secured by the Brazilian Psychiatric Reform.

Key words: Hospital de Custódia; Safety Measures; Psychiatry; Psychiatric Reform.

INTRODUÇÃO

Desde o princípio, o indivíduo que não se comportava de forma considerada “normal” pela maioria da população, era imediatamente excluído do bando por apresentar certo perigo aos demais. Aqueles acometidos por doenças físicas recebiam o mesmo tratamento, sendo deixados para trás por suas famílias e comunidade, disseminando uma cultura de omissão, violência e abandono para com o considerado louco.

Em 1575, na Inglaterra, foram criadas as “Houses Of Correction” (casas de correção), existindo pelo menos uma por cada condado. A partir desse ponto na história, deu-se início à institucionalização da loucura.

No século XVII, a loucura disseminou o medo, fazendo com que aqueles considerados loucos fossem destinados a locais específicos, para que fossem tratados e é claro, para que não permanecessem no convívio social, dando continuidade à exclusão já comumente praticada. Às vezes, essas pessoas eram enviadas para os hospitais, vezes para locais como a famosa Torre dos Loucos de Caen, na França. A verdade é que “na maior parte das cidades da Europa existiu, ao longo de toda a Idade Média e da Renascença, um lugar de detenção reservado aos insanos” segundo Michel Foucault (2013, p. 14). Nesses lugares os maus tratos eram enormes e as cicatrizes dos momentos vividos pelos internos perduravam por toda a vida. Apesar de existirem esses locais de “acolhimento”, muitas famílias largavam seus parentes doentes mentais, que passavam o resto dos seus dias vagando nas ruas ou até mesmo, as pessoas que tinham melhores condições financeiras, pagavam aos marinheiros para levarem para o mais longe possível de sua terra natal aqueles que tinham comportamentos considerados diferentes.

Ainda no período renascentista, com o surgimento do Movimento Humanista, a loucura deixou de ser vista como algo divino e voltou-se para o homem, não mais considerada como vindo de uma força sobrenatural, mas ainda assim, os maus tratos continuaram existindo e o abandono perdurava. Várias casas de internação foram criadas, como em Paris (capital francesa) “e mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses” (FOUCAULT; MICHEL. 2013, p. 55). A maioria desses pacientes era internada de forma arbitrária, onde a prisão era feita sem qualquer fundamento, de forma altamente irresponsável.

Em 1656 fundou-se o Hospital Geral de Paris, que era mais voltado à parte administrativa do que médica, “que julga, decide e executa, além dos tribunais” (FOUCAULT; MICHEL. 2013, p.57). Em 1676 um decreto real estabeleceu que todas as cidades francesas tivessem um Hospital Geral.

A criação dessas instituições que deveriam ser vistas como locais de tratamento, acabou disseminando por toda a Europa a ideia de encarcerar os loucos, assim aproximando a loucura do crime e da desordem, sendo eles internados juntos dos criminosos, não recebendo qualquer tratamento distinto e sem cometer qualquer crime.

Em 1784, para evitar as internações arbitrárias, Breteuil (comuna francesa) insistiu que as mesmas só fossem realizadas após todo um procedimento jurídico, passando a ser uma relação entre o judiciário e as famílias, não levando em conta laudos médicos.

Ainda no século XVIII, houve uma preocupação em ajustar a noção jurídica de “sujeito de direito”. A partir das ideias da teoria Iluminista, a alienação do sujeito de direito deveria coincidir com a loucura do homem social, assim, se para o mundo jurídico a pessoa for considerada insana, a conduta social dela deveria colidir com este entendimento. A condição preliminar para que houvesse internação, era ter reconhecida a alienação. Nesse momento da história, surge Philippe Pinel como o conhecido “pai” da Psiquiatria. Com ele surgiu a ideia da incapacidade do louco, limitando sua capacidade jurídica sem excluir sua existência. Foi Philippe que pela primeira vez na Psiquiatria, refletiu sobre a alienação mental e passou a dividir seus internos em grupos de acordo com seu comportamento. Pinel utilizava-se do isolamento dos seus pacientes para evitar que a ordem fosse perturbada e para, é claro, a própria proteção dos doentes. Foi Philippe Pinel o precursor do tratamento humanizado e inspiração para a Reforma Psiquiátrica Brasileira que ocorreria muitos anos depois.

Há muitos anos, o criminoso portador de transtorno mental vem sendo objeto de estudo do mundo jurídico. A história da loucura é mundialmente conhecida por fases - que vão da exclusão, omissão familiar, repulsa, cárcere até a violência- que se estendem até os dias atuais e marcam a realidade do considerado louco. Essa situação começou a modificar-se a pouco mais de três séculos, e apesar de nesse tempo mudanças acontecerem, ainda há muito que fazer para que essas pessoas sejam vistas com mais humanidade e recebam o tratamento considerado adequado para sua recuperação e possível reintegração à sociedade sem oferecer nenhum risco aos demais.

1. MEDIDAS DE SEGURANÇA

O artigo 5º da Constituição Federal diz que: "todos são iguais perante a lei sem distinção de qualquer natureza", todavia há algumas exceções que são devidamente legalizadas e uma dessas exceções existentes é a inimputabilidade. A imputabilidade é um dos elementos da culpabilidade: ela é capaz de isentar a culpa, ou seja, se não há culpa, dessa forma também

não haverá crime. Os inimputáveis são aquelas pessoas que cometem infração penal, mas no momento do crime eram inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato, seja de forma absoluta ou relativa. São aqueles que não entendem no momento do delito a gravidade do seu ato e, por isso, não podem responder pelo que fizeram, sendo excluídos penalmente, mas ficando sujeitos a medidas de segurança ou às normas estabelecidas na legislação especial.

O fato de o agente não compreender plenamente que sua conduta é criminosa, o exclui de sofrer as punições previstas no Código Penal, isto é, mesmo que o ato praticado, seja típico e antijurídico, ele não responde por isso. Segundo Tourinho Filho, se para o agente falta discernimento ético para entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se com esse entendimento, o juiz proferirá sentença absolutória, com fulcro no art. 26 do Código Penal e art. 386, V do Código de Processo Penal, impondo-lhe, contudo, medida de segurança, tal como dispõem os arts. 96, 97, caput do Código Penal, e art. 386, parágrafo único, III do Código de Processo Penal:

Art. 96. As medidas de segurança são:
em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;
sujeição a tratamento ambulatorial.

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Ao inimputável que pratica um injusto penal o Estado reservou a medida de segurança, cuja finalidade será levar a efeito o seu tratamento. Não podemos afastar da medida de segurança sua finalidade curativa e nem a de natureza preventiva social, visto que além de tratar o paciente para controle da sua doença e periculosidade, o Estado espera que este não volte a praticar qualquer fato típico e ilícito. Dessa forma, pode-se considerar que as medidas de segurança podem ser detentivas (internação) ou restritivas (tratamento ambulatorial). A classe médica vem, há alguns anos, se mobilizando para evitar a internação desenfreada, sendo ela somente feita em casos que o doente oferece risco a familiares, sociedade ou a ele mesmo. Por isso, surgiu a Lei 10.216 de 2001, que dispõe sobre os direitos e proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais.

O juiz que absolver o agente e aplicar medida de segurança, deverá na sua decisão, determinar o tratamento que mais se adapte ao caso. O art. 97 do CP traz que se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação, porém se o fato previsto como crime for punível com detenção, ele poderá submeter o agente a tratamento ambulatorial, como visto no art. 4º da Lei de Reforma Psiquiátrica:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Nem sempre o agente possui uma doença mental, mas sim uma perturbação psicológica, onde o indivíduo tem apenas lapsos de realidade. Muitas vezes não é algo rotineiro, dificultando a comprovação, sendo assim, o exame psiquiátrico pode ser solicitado em qualquer momento do procedimento, quantas vezes o magistrado achar necessário. Esses indivíduos que não possuem um comprometimento mental total e sim parcial, são chamados de semi-imputáveis. Os laudos de comprovação serão sempre realizados por especialista, muitas vezes no intuito de se comprovar se a doença já existia ou se veio se manifestar depois do delito. Todas as dúvidas acerca da capacidade e das condições mentais do agente devem ser supridas sem deixar vestígios de dúvidas para o juiz, podendo este requerer laudos e perícias até achar suficientes ao seu convencimento.

Esse é o grande desafio do Direito Penal, pois sua comprovação depende de inúmeros fatores, e não existem exames que possam comprovar com exatidão o discernimento do réu no momento do crime. Diversos são os aspectos sobre os quais a lei deve se debruçar antes de estabelecer um juízo de valor sobre o indivíduo e considerá-lo culpado ou inocente, um destes aspectos que devem ser medidos é a capacidade do agente de discernir se a sua conduta é correta ou não.

A medida de segurança como providência judicial curativa não tem prazo determinado para acabar, persistindo enquanto houver necessidade de tratamento destinado à cura ou controle do transtorno do paciente. Assim, o tratamento perdurará enquanto não for constatada por meio de perícia médica a cessação da periculosidade do agente, podendo (e sendo mais comum do que se imagina) ser mantida até a morte do paciente. Essa situação fez a doutrina afirmar que o prazo da medida de segurança não pode ser totalmente indeterminado, já que no Brasil não existe prisão perpétua, exigindo que o juiz determine prazo máximo de internação.

André Copetti (apud GRECCO, 2006, p. 730) chega a afirmar a irregularidade da lei penal: [...] é totalmente inadmissível que uma medida de segurança venha a ter uma duração

maior que a medida da pena que seria aplicada a um imputável que tivesse sido condenado pelo mesmo delito. Se no tempo máximo da pena corresponde ao delito o internado não recuperou sua sanidade mental, injustificável é a sua manutenção, devendo, como medida racional e humanitária, ser tratado como qualquer outro doente mental que não tenha praticado qualquer delito. A Lei brasileira determina em seu texto o tempo mínimo da internação, mas não fixa o máximo visando somente à liberação do paciente quando este estiver em plena condição de reintegração à sociedade, mas o que acontece na realidade, é um tratamento prolongado por muito mais tempo ou até mesmo o esquecimento do doente no hospital até o fim de sua vida.

Art. 97 § 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

A Lei de Execução Penal traz:

Art. 175. A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte:

I - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida;

Constata-se, portanto, que a lei fixa prazo mínimo para a duração da medida. No entanto, quanto à sua duração máxima, afirma que será por prazo indeterminado, condicionando a sua extinção à “cessação de periculosidade” do agente. Quanto ao tema, o STJ possuía o entendimento de que a medida de segurança, por seu caráter preventivo, curativo e terapêutico, não teria prazo máximo de duração, perdurando enquanto não cessada a periculosidade do agente. Em contrapartida, o STF, há muito vinha se manifestando sobre a necessidade de se limitar no tempo a duração das medidas de segurança (internação e tratamento ambulatorial). Tendo em vista que as medidas de segurança possuem evidente caráter de sanção penal, o Supremo Tribunal Federal considerava que as medidas de segurança seriam espécies do gênero sanção penal, ao lado da pena. Partindo dessa concepção, à luz do art. 5º, XLII, b, CF/88 (que afirma que “não haverá penas de caráter perpétuo”), dever-se-ia buscar um limite temporal máximo para a execução da medida de segurança.

Mostrava-se patente a necessidade de que fosse fixado um prazo máximo de duração da medida de segurança. Afinal, não se pode conferir tratamento mais severo e desigual ao inimputável, uma vez que, ao imputável, a legislação estabelece expressamente o respectivo limite de atuação do Estado. Veja-se que, em relação à pena privativa de liberdade, o Código

Penal, em seu art. 75, determinou que o seu tempo de cumprimento não pode ser superior a 30 (trinta) anos: “Art. 75 - O tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a 30 (trinta) anos. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)”.

Conclui-se, então, que enquanto o indivíduo que cometeu um crime cometido por transtorno mental estiver sob a esfera penal, deve estar resguardado a ele todos os direitos estabelecidos na legislação, inclusive o direito de saber concretamente por quanto tempo ficará internado. Dessa forma, cabe aos estudiosos do direito, em conjunto com outros ramos do saber que esse tema abrange, sugerirem alternativas ao legislador sobre o que fazer quando o indivíduo ainda doente for colocado em liberdade. O que não pode ser admitido num Estado de Direito é que alguém fique perpetuamente em tratamento, sob a custódia estatal, visto que a lei brasileira é clara no que diz respeito à prisão perpétua. Nesse sentido, deve o julgador ir além do que o Supremo Tribunal Federal recomenda que é liberar o indivíduo doente em no máximo 30 anos sancionar o delinquente doente mental de forma proporcional à sua conduta, pois o direito penal deve reprimir o ato delituoso e não quem o cometeu, enquanto cabe ao Estado, encontrar meios de tratamento, sem invadir de modo agressivo a liberdade e a dignidade humana.

Portanto, os doentes mentais para a legislação nacional são inimputáveis porque estão excluídos da pena, independentemente da gravidade do crime cometido, cumprem medidas extraordinárias por força da Constituição vigente. Quando o acusado de um crime apresenta sintomas de anormalidades mentais, cabe ao juiz da causa instaurar o necessário incidente de insanidade mental, submetendo o mesmo a exame médico, cabendo ao psiquiatra constituído elaborar laudo circunstanciado sobre as condições mentais do paciente. É de suma importância a realização dessa perícia, pois nela médico-psiquiatra quem define a capacidade mental do infrator, e através desse parecer o juiz decide a questão no âmbito do processo criminal. Se decidir pela imputabilidade, reconhecendo a autoria e a existência de um crime, imporá ao infrator uma pena, de fato. Optando pela inimputabilidade, o juiz fixará uma medida de segurança, forma diferenciada de cumprir a dívida com a sociedade que somente é possível ao doente mental, submetendo o paciente a tratamento psiquiátrico, onde ele permanecerá até que venha a ter o controle da anomalia mental, não importando o tipo de crime que tenha cometido. O paciente tão somente será liberado quando comprovada a cessação de sua periculosidade, estando apto para o convívio em sociedade.

Cumprir observar que, para os casos que o agente atinge o tempo máximo de cumprimento de medida de segurança, mas a perícia médica indica que ele continua com alto grau de periculosidade, o STJ admite, com fundamento na Lei 10.216/01, em processo de

interdição, a determinação judicial da internação psiquiátrica compulsória do enfermo mental perigoso à convivência social, assim reconhecido por laudo técnico pericial, que conclui pela necessidade da internação.

2. HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE PERNAMBUCO

Em 2015, entre os meses de abril e junho, o Conselho Federal de Psicologia uniu-se ao Conselho da Ordem dos Advogados do Brasil e à Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA) para uma inspeção nos Manicômios Judiciários em todo território brasileiro, hospitais de custódia, alas psiquiátricas e outros relacionados. As inspeções foram realizadas por 18 Conselhos Regionais em 17 estados do país e no Distrito Federal, em instituições onde havia cumprimento/execução de medida de segurança pelos pacientes judiciários em conflito com a lei. Nessa fiscalização, buscou-se definir novos objetivos com relação à tratamentos e resultados, deixar às claras os impasses encontrados nesses lugares e principalmente denunciar o desrespeito aos Direitos Humanos que diariamente são violados na falta de tratamento adequado, na falta de condições físicas de trabalho por parte dos profissionais responsáveis pelo tratamento dos internos e evidenciar a ineficácia do dispositivo hospitalar que em quase nada vêm cumprindo com seu objetivo principal de criação: o de tratar de forma digna os que sofrem de transtornos mentais e após controle da doença, reintegrá-los sem oferecer risco à sociedade. Exposto isso, diz o artigo 15 da Convenção da Pessoa com Deficiência:

Art.15: Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes

Nenhuma pessoa será submetida à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. Em especial, nenhuma pessoa deverá ser sujeita a experimentos médicos ou científicos sem seu livre consentimento.

Os Estados Partes tomarão todas as medidas efetivas de natureza legislativa, administrativa, judicial ou outra para evitar que pessoas com deficiência, do mesmo modo que as demais pessoas, sejam submetidas à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes.

Segundo Débora Diniz, em sua obra publicada “A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil”, os problemas nesses locais que deveriam oferecer cuidados aos pacientes são gritantes, e o mais alarmante na esfera judicial, talvez seja a inexistência de advogados em várias regiões, situação esta, que a OAB foi convocada para resolver.

No estado de Pernambuco, tem-se apenas 1 advogado, tornando mais difícil ainda para

o infrator ter sua liberação concedida, ainda que já esteja apto para reinserção à sociedade. Além de quase nulo o número de advogados existentes para esses casos, nos locais de tratamentos visitados existem apenas 45 psicólogos espalhados pelo Brasil, número alarmante que demonstra o déficit enfrentado há tantos anos e quase nada é feito para mudar o quadro. A Lei 10.216/01 dispõe que:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV- ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

No relatório da AMPASA consta que dentre os enormes erros existentes no HCTP/PE os mais visíveis a olho nu são: acomodações coletivas (causando brigas, crises, surtos coletivos), as celas de isolamento utilizadas geralmente para castigos possuem apenas um vaso sanitário sem válvula de descarga, assim como os outros banheiros utilizados pelos internos; existem pouquíssimos chuveiros disponíveis e todos com água fria; muitos não têm colchão para dormir e tampouco roupas de cama; a higiene é inexistente, sendo as celas, banheiros e áreas comuns imundas, causando um cheiro repugnante para qualquer pessoa que entre na unidade; os registros em prontuários são quase nulos, atrasando ainda mais a liberação de muitos que ainda vivem lá. A ausência de médicos e enfermeiros faz com que os exames que por ordem judicial são determinados, não sejam feitos no prazo correto e o descaso da justiça faz com que muitos pacientes conheçam a tão temida “prisão perpétua”. Os poucos profissionais de psicologia encontrados na unidade denunciam a situação precária que eles e os doentes enfrentam, as deficiências físicas do hospital e até mesmo a higiene e limpeza das roupas de pacientes muitas vezes são realizadas por eles, que vendo a realidade procuram amenizar como conseguem.

A inspeção do HCTP-PE foi realizada pelo Ministério Público de Pernambuco e constatou que existiam cerca de 470 pacientes em tratamento na unidade com capacidade para 372. Na visita, foram observados locais como a cozinha, a farmácia e o pavilhão São Francisco, constatando a precária estrutura física e a falta de manutenção em toda a construção. Existiam

apenas 5 psicólogos na equipe para atender às necessidades dos internos, não existiam estagiários e nem salas para atendimentos próprios para a Psicologia.

O preso doente é impelido por esse poder punitivo a objetificar-se nas próprias regras que o determinam, num processo de diminuição e de restrição de si mesmo. O relatório da fiscalização realizada AMPASA revelou que os registros em prontuários são praticamente inexistentes, excetuando-se fatos pontuais. A prática diária é registrada em livro ata de passagem de plantão. Muitos prontuários sequer têm os dados completos dos usuários. Não há comprometimento, nem interesse em oficializar os registros adequadamente, com um monitoramento apropriado, capaz de garantir o devido processo penal. Os pacientes são atendidos através da grade, com pouquíssima ou nenhuma frequência. Não têm conhecimento de seu plano terapêutico, nem tampouco qual a previsão de saída da unidade, muitos permanecendo no Hospital até o fim de suas vidas.

Passar pelos portões de ferro do manicômio judiciário pernambucano é quase um caminho sem volta. Entre seus altos muros, grades e muitas omissões, centenas de pessoas vivem invisíveis aos olhos do Estado e da sociedade. Abandonados e duplamente marginalizados por carregarem o transtorno mental somado ao crime, os loucos infratores do estado de Pernambuco seguem esquecidos e tendo sua dignidade roubada diariamente causando muitas vezes efeitos irreversíveis.

Em estudo realizado por ONGs do estado de Pernambuco que visam à proteção da dignidade do louco infrator nesses casos de internação, constatou-se que mais da metade dos internos são negros, pobres e com baixa escolaridade, homens e mulheres com epilepsia, esquizofrenia, retardo mental, transtornos afetivos, de personalidade, da preferência sexual ou devido ao uso de álcool e outras drogas ilícitas, segundo a classificação psiquiátrica que fundamenta os atos infracionais. Os resultados do estudo mostram a vulnerabilidade da população e uma realidade preocupante: um em cada quatro portador de transtorno não deveria estar internado; em média, 45% estão encarcerados sem fundamentação legal e psiquiátrica, ainda; 20% cumprem pena superior da estipulada em sentença; sem contar o número de pacientes internados há mais de 30 anos, contrariando a pena máxima admitida pelo regime jurídico brasileiro.

A população que não deveria estar internada soma pelo menos 10% indivíduos de todos identificados. São homens e mulheres que possuem em seu favor laudo médico atestando que seu comportamento não representa mais perigo ou de sentença judicial determinando a liberação da internação. Sem contar aqueles internados sem que haja um processo judicial para tanto e os que estão com os laudos médicos de demonstração de cessação de periculosidade em

atraso. Em média, 25% da população de internos possui o laudo confirmando a periculosidade, mas tem a internação prorrogada por tempo superior ao definido em sentença e outros ainda estão aguardando sentença, estando sob condição de internação temporária.

A situação estrutural do HCTP PE desde a fiscalização de 2015 realizada pela AMPASA e OAB continua preocupante. Em visita ao Hospital foi constatado que existem apenas alguns chuveiros na unidade e com apenas água fria, não dando vencimento do número de internos na instituição, os pacientes não têm acesso sequer à válvula de descarga dos banheiros, tendo um controle por parte dos funcionários. As celas de isolamento possuem um vaso sanitário, mas sem a válvula de descarga, ou quando presentes são proibidos de utilizar. No relatório consta que, externamente, um funcionário é responsável por dar descargas durante o dia (por segurança), deixando o odor do lugar insuportável. Além das péssimas condições de limpeza (mesmo quando cientes da inspeção) nas instalações do hospital, os próprios internos sofrem com a precária higiene pessoal oferecida no tratamento, não tendo pasta de dente, sabonetes, precisando muitas vezes a própria comunidade ou os funcionários do manicômio levarem para eles. Os banheiros e alojamentos são imundos, não há colchões suficientes para todos por consequência da superlotação do lugar, os pacientes sofrem com as vestes sujas da instituição ou até mesmo sofrem por não terem vestes, convivem diariamente com as paredes dos alojamentos repletas de mofo, infiltrações, além de fezes e urina por todo o chão do lugar.

Atualmente, em entrevista com a diretora Norma Cassimiro, que assumiu a gestão do local no ano de 2017, existe no Hospital de Custódia de Itamaracá um total de 404 internos, sendo 376 homens e 28 mulheres, número que excede claramente a capacidade da unidade. Esses pacientes estão distribuídos em 128 celas de estrutura precária, onde não há iluminação adequada e os problemas devido à falta de reparos são gritantes, podendo ser vistos ao olho nu. A equipe médica é escassa, não tendo condição de suprir de forma satisfatória a demanda que é enorme. São cinco psiquiatras assistentes para todos os internos, além de existirem apenas dois psiquiatras laudistas, o que dificulta ainda mais o cumprimento dos prazos para análise do controle da periculosidade que é preceito para esses portadores de transtornos mentais continuarem ou não sendo tratados na unidade, prazos estes que são de no máximo 45 dias (previsto em lei), mas muitos aguardam por meses para que seja feito o laudo. Existem na instituição, no total, dez enfermeiros, ocasionando uma proporção de 40.4 pacientes para cada enfermeiro (esse número praticamente dobra com o revezamento dos mesmos) da equipe, número esse que está muito distante de ser o necessário para um tratamento de qualidade.

Assim, o manicômio judiciário, hoje hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, é o reflexo da desumanização do doente e sua mortificação. Passa a ser a representação de todos os

excessos de um sistema penal deslegitimado e genocida: é a união do pior do sistema prisional com o pior do hospital psiquiátrico. Os dois sistemas disciplinares, isoladamente, já exprimem potencialidades violentas destrutivas e quando unidos, além de opressivos, são trágicos e exterminadores, de forma permanente.

3. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Os CAPS são instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar e apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicossocial. Têm caráter aberto e comunitário, dotados de equipes multiprofissionais que atendem usuários com transtornos mentais graves e persistentes, não excluindo aqueles decorrentes do uso de álcool ou outras drogas ilícitas.

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os CAPS, além do atendimento ambulatorial, trabalham com as seguintes estratégias: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves vindas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais. O Programa de Volta para Casa (PVC), que tem como objetivo garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas portadoras de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (02 anos ou mais sem interrupção). Faz parte integrante deste Programa o auxílio-reabilitação, pago ao próprio beneficiário durante um ano, podendo ser renovado, se necessário. Por fim, os Leitos de Atenção Integral em álcool e outras drogas: São leitos de retaguarda em hospital geral com metas de implantação por todo o Brasil.

Os CAPS, assumindo uma posição estratégica na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo apoio para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS, e espera-se que esta publicação sirva como contribuição para que esses serviços se tornem cada vez mais promotores de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico. (BRASIL, 2004)

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Os CAPS visam: Prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas, além disso, os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território.

Os CAPS precisam contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, podendo assim, oferecer um ambiente continente e estruturado. Deverão contar, no mínimo, com as seguintes estruturas (BRASIL, 2004): consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade); sanitários; área externa para oficinas, recreação e esportes.

A equipe de profissionais que consta no quadro do CAPS é composta pelos seguintes: médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental; enfermeiros; profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

São atividades desempenhadas nos CAPS, o tratamento medicamentoso: tratamento realizado com remédios chamados medicamentos psicoativos ou psicofármacos; atendimento a grupo de familiares: reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico; atendimento individualizado a famílias: atendimentos a uma família ou a membro de uma família que precise de orientação e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos; orientação: conversa e assessoramento individual ou em grupo sobre algum tema específico, por exemplo, o uso de drogas; atendimento psicoterápico: encontros individuais ou em grupo onde são utilizados os conhecimentos e as técnicas da psicoterapia; atividades comunitárias, atividades de suporte social; oficinas culturais; visitas domiciliares: atendimento realizado por um profissional do

CAPS aos usuários e/ou familiares em casa; desintoxicação ambulatorial. Algumas dessas atividades são feitas em grupo, outras são de forma individual, outras destinadas às famílias, outras são para comunidades.

Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais. Por serem considerados relativamente novos e trazerem uma proposta diferenciada no atendimento dos usuários portadores de cuidados especiais, os serviços buscam avaliar o desenvolvimento de suas atividades a partir de seus participantes diretos ou indiretos, quais sejam, pacientes, familiares, profissionais ou outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da história da política de saúde mental brasileira, podem ser verificadas diversas inovações, sobretudo, na jornada da Reforma Psiquiátrica, que vem sendo discutida no país desde a segunda metade da década de 1970. Cediço, embora essas novas práticas venham sendo criadas, muitos dos direitos das pessoas com transtornos mentais continuam sendo seriamente violados. O que se percebe é uma tradição baseada na invisibilidade dos direitos dos pacientes psiquiátricos que não contam com uma rede de serviços de atenção à saúde mental estruturada, capaz de prestar assistência de forma adequada. São poucas as políticas públicas que promovem saúde mental, convivência (seja ela social ou familiar) e prevenção aos transtornos mentais. Dessa forma, não se pode perder de vista a relação estreita entre saúde mental e direitos humanos, tendo a noção de que o direito à saúde faz parte do rol de direitos humanos que devem ser assegurados na sua totalidade. Assim, direitos humanos compõem uma unidade indivisível, dependente e relacionada, unindo os direitos civis e políticos com os direitos sociais, culturais e econômicos.

Os instrumentos nacionais e estaduais devem permitir a consecução dos objetivos de saúde pública e da política de saúde. Os Estados devem respeitar, promover e realizar os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, conforme definidos em lei. Apesar de algumas mudanças, como a transformação dos hospitais psiquiátricos, o surgimento dos hospitais-dia, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Serviços Residenciais Terapêuticos, o modelo hospitalocêntrico ainda prevalece no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico pernambucano, local onde ainda são praticadas diversas violações dos direitos humanos das pessoas ali internadas.

A manutenção do modelo hegemônico de assistência psiquiátrica às pessoas com transtornos mentais autoras de delito viola os direitos humanos inscritos na Constituição Federal de 1988 e na lei de Reforma Psiquiátrica. Surge então a necessidade de buscar a criação de serviços de saúde mental que ofereçam um tratamento digno aos infratores, assegurando sua presença e atuação no espaço social. Considera-se que os dispositivos do Código Penal que criaram a inimputabilidade, a medida de segurança e a periculosidade estão ultrapassados e inadequados, necessitando de mudanças inclusive relacionadas à execução dessas medidas. Dentre os instrumentos de proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais encontra-se a Lei nº 10.216/01, que assimilou os princípios e os objetivos da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, considera-se essencial estender os direitos assegurados nesta legislação aos internos e egressos do HCTP, promovendo a integralidade e a humanização dos serviços prestados a essas pessoas, o respeito a seus direitos e a melhoria da qualidade de suas vidas, na perspectiva da dignidade humana. Considerando que a legislação de saúde mental brasileira traz uma estrutura voltada para o tratamento e não para a punição, faz-se necessária a relação dessa estrutura com o sistema de justiça criminal visando a efetiva implementação do acesso aos serviços de saúde e aos demais direitos garantidos às pessoas com transtornos mentais autoras de delito. Como ficou evidenciado, a lei não muda a realidade, e, portanto, o Direito tem um sentido não apenas de declarar, mas também de promover: ele pode servir para provocar mudanças institucionais e sociais. A legislação pode auxiliar e, concomitantemente, garantir o tratamento humanitário daquelas pessoas.

No projeto de reorientação desse modelo, faz-se necessária a construção de uma rede de proteção social para acolher as pessoas portadoras de transtorno mental. Para isso, é necessário cuidar para que as desinternações sejam acompanhadas atentamente, com o encaminhamento devido aos serviços substitutivos e demais mecanismos de saúde pública e de assistência social. Outro ponto fundamental é a superação do preconceito da sociedade, que se acostumou a referir-se à pessoa com transtorno mental como um ser perigoso e incapaz. Nesse percurso, deve-se dar uma atenção especial às famílias dessas pessoas, as quais, na grande maioria das vezes, não tiveram acesso aos cuidados em saúde mental. Trazer a família para a discussão sobre esse novo sistema significa deslocar o centro da atenção e do cuidado do hospital para a pessoa, evitando assim, o abandono desenfreado que é a triste realidade vivida por esses considerados insanos. Espera-se que a apresentação dos problemas enfrentados diariamente no HCTP de Pernambuco possa transparecer os desafios e contradições que a instituição continua a colocar àqueles que se preocupam com o destino social dos homens e mulheres que neles continuam a ser confinados, e que para muitos, infelizmente, torna-se um caminho sem volta.

REFERÊNCIAS

ABÍLIO, Patricia. **A história da mentalidade: Juqueri – Hospital Psiquiátrico**, 2015. Disponível em: <http://obviousmag.org/notas_sobre_o_nada/2015/a-historia-da-mentalidade-juquery---hospital-psiquiatico.html> Acesso em: 22 de out. 2017

Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no sus: os centros de atenção psicossocial**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acesso em 07 out 2017.

ANDREOLI, S. B. Serviços de saúde mental no Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 85-100.

ANDREOLI, S. B.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARTIN, D.; MATEUS, M. D.; MARI, J. J. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 43-46, 2007.

BRASIL. Decreto nº 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 República Federativa do Brasil**: Brasília.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 19 set 1990. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm> Acesso em 20 de set 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde – **Legislação em Saúde Mental: 1900-2004**. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, 4ª. Ed. Rev. e atual., 2004

BRASIL, Ministério da Saúde. SAS/DAPE/DAB. **Coordenações de Saúde Mental e de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003.

BRASIL. Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001- Lei da Reforma Psiquiátrica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: Brasília.

BRITO, Alexis Augusto Couto de. **Execução Penal**. São Paulo: Quartier Latin, 2006.

BRASIL. Outros Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. **Observatório Crack, é possível vencer.** Brasília, n.d. Disponível

em:

<<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html>> Acesso em 20 de set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais sobre os serviços disponíveis em Saúde Mental.** Brasília, 2013. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>> Acesso em 07 out 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa De Volta Para Casa. Liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental.** 1ª ed. Brasília, 2004. Ministério da saúde. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf > Acesso em 29 de out 2017.

CIA, Michele. **Medidas de segurança no direito penal brasileiro.** São Paulo: Editora Unesp, 2011.

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo». Consultado em 23 de Outubro de 2017.

DELGADO, P. *et al.* 2007. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** In: MELLO, M.; MELLO, A.; KOHN, R. Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre, Artmed. Pp. 39- 83.

DUNKER, C. I. L. e KYRILLOS NETO, F. 2004. **Sobre a retórica da exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidados psíquicos.** *Psicologia, Ciência e Profissão.* 24 (1): 116-125.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil.** Brasília: Editora Unb, 2011.

ENGEL, M. G. 2001. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930).** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios. Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

JUSTO, S. —**Saúde mental em trânsito: loucura e a condição de itinerância na sociedade contemporânea**. In: BOARINE, M.L. (Org.) **Desafios na atenção à saúde mental**. Maringá: EDUEM, 2000.

LORENZO, Manuela Pazos. **O tratamento dos doentes mentais no HCT (Hospital de Custódia e Tratamento)**, 2006. Disponível em:

<<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/2623/O-tratamento-dos-doentes-mentais-no-HCT-Hospital-de-Custodia-e-Tratamento>> Acesso em: 20 de fev. 2017.

LOUGON, M. **Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 227 p.

MACHADO, R. M. 1978. **A danação da norma**. Graal.

MARCÃO, Renato. **Curso de Execução Penal**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

MENDES, T.H; Castro, R.C.B.R. Conhecimento do enfermeiro e seu papel em psiquiatria. **Rev Enferm UNISA** 2005; v.6, p.94-8. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-17.pdf>> Acesso em 08 out 2017.

NUNES, Adeildo. **Execução da pena e da medida de segurança**. São Paulo: Editora Malheiros, 2012.

PEREIRA, L.M.F; MARI, J.J; TAVARES, H. Epidemiologia, carga de doença e política pública de atenção à saúde mental. In: MARI, J. J.; KIELING, C. **Psiquiatria na Prática Clínica**. 1º ed. Barueri: Manole, 2013.

RESENDE, H. 2007. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis, Ed. Vozes.

RIVAS, Caio. **Medidas de Segurança: definição, distinção com pena, sistemas de aplicação, pressupostos e aplicação, espécies, duração, execução e prescrição desse instituto jurídico**, 2016.

Disponível em:

<<https://caiorivas.jusbrasil.com.br/artigos/406784492/medidas-de-seguranca-definicao-distincao-com-pena-sistemas-de-aplicacao-pressupostos-e-aplicacao-especies-duracao-execucao-e-prescricao-desse-instituto-juridico>> Acesso em: 02 de mar. 2017

SÁ, Evelin. 2007. **Uma organização política complexa do setor saúde — o Conjunto Juqueri em São Paulo.**

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.