

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

**CRIME E LOUCURA: A FALTA DE ESTRUTURA E O DESAFIO
ENFRENTADO DURANTE O PROCESSO DE INTERNAÇÃO NO
HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DA
ILHA DE ITAMARACÁ.**

IALLE YONARA DE ARAÚJO SANTOS

CARUARU

2018

IALLE YONARA DE ARAÚJO SANTOS

**CRIME E LOUCURA: A FALTA DE ESTRUTURA E O DESAFIO
ENFRENTADO DURANTE O PROCESSO DE INTERNAÇÃO NO
HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DA
ILHA DE ITAMARACÁ.**

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.

RESUMO

O objetivo do estudo é fazer uma análise do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Ilha de Itamaracá (HCTP) e suas condições para acolher, tratar e ressocializar os pacientes portadores de transtornos mentais que estão cumprindo medida de segurança. Assim como o falta de estrutura da instituição e os desafios enfrentados pelos pacientes ao ingressarem nesta unidade prisional. Foi realizado um estudo Hospital Psiquiátrico de Pernambuco, tendo todas as informações obtidas por meio de entrevista com a diretoria. Torna-se claro que esta referida unidade prisional com o intuito de tratar, e reintegrar o paciente que chega ao hospital de custódia, trás um efeito reverso, sendo objeto de punição. Na ótica dos profissionais da área, o HCTP não possibilita a ressocialização, pois não há tratamento nem atividades adequadas para que os pacientes possam ser atendidos de forma especial. Não estando eles aptos para retornar à liberdade e o mais importante, sem reincidência. Entretanto o HCTP continua sendo a exclusão, a prisão perpétua do sistema penal, não existindo resultados satisfatórios que valorizem a integridade física e mental e que promovam a dignidade do custodiado.

Palavras-chave: Hospital de Custódia; Alta Progressiva; Psiquiatria; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The aim of the study is to analyze the Hospital of Custody and Psychiatric Treatment of the Island of Itamaracá (HCTP) and its conditions to host, treat and resocialize patients with mental disorders who are complying with safety measures. As well as the lack of structure of the institution and the challenges faced by the patients when entering this prison unit. A study was conducted Psychiatric Hospital of Pernambuco, having all the information obtained through an interview with the board. It is clear that this prison unit with the intention of treating and reintegrating the patient who arrives at the hospital of custody has a reverse effect and is subject to punishment. From the perspective of professionals in the area, HCTP does not allow resocialization, since there is no treatment nor adequate activities so that patients can be treated in a special way. Not being able to return to freedom and the most important, without recurrence. However, HCTP continues to be the exclusion, the life imprisonment of the penal system, and there are no satisfactory results that value the physical and mental integrity and that promote the dignity of the custodian.

Keywords: Hospital of Custody; High Progressive; Psychiatry; Psychiatric Reform.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 06 |
| 2. OS DOENTES MENTAIS NO SISTEMA PENAL BRASILEIRO..... | 07 |
| 3. REFORMA PSIQUIATRICA..... | 08 |
| 4. HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE PERNAMBUCO..... | 09 |
| 4.1 Desafios do processo de internamento..... | 09 |
| 4.2. Estrutura precária do HCTP PE..... | 10 |
| 4.3 Superlotação..... | 13 |
| 5. CONDIÇÕES DESUMANAS VS DIREITOS HUMANOS..... | 14 |
| 5.1 Auxílio do caps ao hctp..... | 15 |
| 5.2 Alta progressiva..... | 17 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 19 |
| REFERÊNCIAS..... | 21 |

1. INTRODUÇÃO

Em alguns momentos da história, indivíduos que mantinham conflitos com a lei, em decorrência dos transtornos mentais eram encaminhados para custódia em estabelecimentos de caráter manicomial com a finalidade de proteger a imagem da sociedade. O afastamento do considerado louco infrator tinha como objetivo retirar o doente mental do convívio em social, devido a sua suposta periculosidade, sem que houvesse a importância de quais condições esse doente mental seria encaminhado ou se quer “tratado”. Diante de tais circunstâncias, os manicômios judiciários assumiram características tanto de presídio como de asilo a dupla vertente dessas instituições caracteriza a sobreposição de um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar.

Ao longo do século XX, os hospitais de custódia assumiram centralidade no cumprimento das medidas de segurança, cuja tem como objetivo dispor de tratamento que deve ser submetido o autor de crime com o fim de curá-lo ou, no caso de tratar-se de portador de doença mental incurável torná-lo apto a conviver em sociedade sem voltar a delinquir. Descrito no artigo 26 do Código Penal 1940.

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Instituído no dia 12 de Outubro de 1903, o -maior- hospital psiquiátrico do Brasil foi fundado na cidade de Barbacena, Minas Gerais (MG) localizado a 169 quilômetros da capital do estado, Belo Horizonte (BH) e logo após tornou-se referência nacional em Psiquiatria. O município de Barbacena também é conhecido como a "Cidade dos Loucos", pelo grande número de hospitais psiquiátricos instalados no local.

A instituição, transformada em um dos maiores hospícios do país tornou-se conhecida pelo público na década de 1980, pelo tratamento desumano que oferecia aos pacientes. Enquanto o plano do Hospital Colônia era primariamente atender a pessoas com transtornos mentais, o local acabou por tornar-se um campo de extermínio para aqueles que não se adequavam aos padrões normativos da época ou não atendiam aos interesses políticos de classes dominantes.

Sem qualquer critério para internação, oriundos de diversos estados do Brasil, chegavam à Barbacena por trens, em vagões lotados, cuja condição desumana fez surgir a expressão "trem de doido". A instituição tinha sido fundada em 1903 com capacidade para 200 leitos, mas contava com cerca de cinco mil pacientes em 1961. Os recém-chegados à estação eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo necessário, passando por um constrangimento que levava às lágrimas muitas mulheres que jamais haviam enfrentado tamanha humilhação.

Passou-se também a chegar crianças que eram transferidas pelo Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, localizado no município de Oliveira, no oeste do Estado que fora fechado, o mais conhecido como os Meninos de Oliveira, a instituição, criada em 1924, como hospital psiquiátrico, atendia a indigentes e mulheres, mas mudou seu perfil de atendimento no ano de 1946, quando passou a receber crianças com qualquer tipo de deficiência física e mental, a maioria rejeitada pelas familiares que sentiam-se envergonhados perante a sociedade pelas deficiências diagnosticadas de seus filhos, e ali os “depositavam”.

Barbacena funcionava como verdadeiro campo de concentração, sua situação mais crítica foi durante o período da ditadura militar (1964) alguns símbolos do período de horrores, como eletrochoque, camisa de força, estupros, duchas escocesas, palco de torturas físicas e psicológicas, os pacientes eram submetidos a essas agressões sem nenhuma razão, com único propósito de castigar e penalizar os pacientes. Os internos além de lidar com todas as formas de agressões eram forçados a trabalhar manualmente, viviam nus, bebiam água do esgoto, dormiam ao relento e às vezes amontoados para juntos se protegerem das baixas temperaturas. Morriam pelo frio, pela fome, por doenças, que eram adquiridas pelos maus tratos ou decorrente de animais que também dividiam aquele mesmo espaço, juntos aos seus próprios dejetos.

O que se executava naquela instituição extrapolava o nível máximo de brutalidade humana, tratava-se de extermínio puro e no mais simples da palavra, no contexto mais desumano e genocida possível. Entre os anos de 1969 e 1980, mais de 1.800 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para 17 faculdades de medicina do país como forma de lucro. Os 60 mil mortos estão enterrados no Cemitério da Paz, construído junto com o Hospital Colônia no início do século XX, cuja área pertence à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Está desativado desde a década de 80.

2. OS DOENTES MENTAIS NO SISTEMA PENAL BRASILEIRO

No sistema penal brasileiro, há duas espécies de sanção penal: as penas e a medida de segurança, pessoas portadoras de doença mental que venham a cometer delitos são denominados de inimputáveis ou semi-imputáveis. A imputabilidade é a regra, enquanto a inimputabilidade é a exceção. Todo indivíduo é imputável, salvo quando ocorre alguma das causas de exclusão da imputabilidade, sejam elas: a doença mental ou o desenvolvimento mental incompleto ou retardado; embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior.

A doença mental é um dos pressupostos de inimputabilidade, porém o fato de a pessoa ser portadora de doença mental, por si só, não é causa de inimputabilidade. É preciso que, em decorrência da doença, o sujeito não possua capacidade de compreensão e reprovabilidade do ato praticado.

A pena é a sanção imposta pelo Estado ao autor de determinada infração, tendo como requisito a culpabilidade, ou seja, a imposição da pena depende da culpabilidade do agente. Não havendo

imputabilidade, não há culpabilidade e em consequência também não há pena. Assim, se o agente que praticou o ato ilícito é considerado inimputável, não será condenado, todavia sentenciado à medida de segurança que é um tipo penal de caráter punitivo. São duas as espécies de medidas de segurança previstas no Código Penal: a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado, exposto no artigo 96 do Código Penal. No que diz respeito aos semi-imputáveis, o agente responde pelo ato ilícito com pena reduzida ou Medida de Segurança.

O artigo 96 do Código Penal assiste que quando houver a necessidade de internação há encaminhamento para o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, para que seja realizado todo protocolo de internamento, caso não haja necessidade, a assistência ambulatorial se faz presente, recebendo o paciente durante o dia para dar continuidade ao tratamento médico, tendo assim uma relação mais próxima entre paciente e sociedade.

3. REFORMA PSIQUIÁTRICA (LEI 10.216/01)

O movimento pelo fim dos ciclos dos manicômios no Brasil se inicia no final da década de 1970, junto com outros movimentos sociais. O movimento dos trabalhadores de saúde mental denunciavam as condições precárias e sub-humanas da vida dos pacientes naquelas Instituições. O ano de 1983 teve seu início marcado pelo movimento que ficou conhecido como: uma sociedade sem manicômio. O Movimento da Luta Antimanicomial se caracteriza pela luta pelos direitos das pessoas com sofrimento mental.

No ano de 1987, dar-se surgimento ao primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), na cidade de São Paulo e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta onde também era palco frequentes de tratamentos sub-humanos; demonstrando a possibilidade de criação de uma nova rede que pudesse substituir os cuidados hospitalares tendo mais eficácia em seu desenvolvimento. Neste mesmo período após a intervenção, são implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência no município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível.

Com a Constituição de 88, é criado o SUS (Sistema Único de Saúde), regulamentado pela Lei nº 8.080, formado pela articulação entre as gestões federais, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. Neste mesmo ano a discussão sobre a possibilidade de uma intervenção social para o problema da saúde mental, especificamente, dos absurdos que aconteciam nos manicômios ganha tamanha relevância, permitindo o surgimento específico deste movimento.

Embora não tenha se instituído formalmente como pessoa jurídica o movimento desta luta conquistou na área da saúde um caráter de forte representatividade e legitimidade, dessa forma, a Reforma Psiquiátrica foi uma conquista de suma importância, sua aprovação no ano de 2001, a Lei 10.216, de autoria do então deputado Paulo Delgado, na época coordenador nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, o texto da lei foi aprovado em 20 de janeiro de 1999 e enviado à Câmara dos Deputados e após algumas modificações, o projeto final foi remetido à sanção presidencial.

Em 2011, após doze anos de tramitação, muitas manobras políticas, discussões e resistência a Lei Federal 10.216 foi sancionada. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Esta lei preconiza a reestruturação da atenção em saúde mental, defendem os direitos das pessoas que necessitam de tratamento e propõe a criação de serviços que ofereçam este tratamento sem que isto signifique exclusão da vida social ou perda dos direitos e do lugar de cidadão.

No Brasil, quando constituído o Hospital de Custódia e tratamento, após a lei 10.216/2001 havia mais 50 mil leitos conforme dados do Ministério da Saúde, anos após os índices mostram que entre 2002 e 2015 houve redução significativa de 51,3% no número de leitos, caindo de 51.393 pacientes para 25.009, esses números já representam um avanço, numa tentativa válida de devolver a dignidade e atenuar as limitações sociais e econômicas e as discriminações impostas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

A medida de segurança decorrente da internação é a regra, mas pode ser substituído por um tratamento ambulatorial, que consiste em um tratamento sem internação, o que objetiva essa substituição são as circunstâncias fáticas e de convivência no hospital. Tornando-se assim um meio de diminuição de pacientes internos para obter êxito gradual na extinção desses hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

O papel do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) é acompanhar regularmente a aplicação dessas medidas de segurança, onde neste contexto faz-se obrigação avaliar as condições e propor medidas que assegurem ao paciente um atendimento digno. Embora essa medida de segurança adotada por alguns HCTP's ainda estão longe de oferecer um tratamento às pessoas portadoras de transtornos mentais e que se envolveram em situações criminais, as instituições violam sistematicamente os direitos humanos dos pacientes e continuam sendo palco frequente de tortura física e psicológica, tratamento desumanos e degradantes.

4. HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE PERNAMBUCO

4.1. Desafios do processo de internamento

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, localizado na Ilha de Itamaracá é uma unidade de saúde pública estadual, sendo vinculada à Secretaria Executiva de Ressocialização (SERES), com a finalidade de acolhimento prisional para cumprimento de mandado de segurança, expedido por juízes às pessoas portadoras de transtornos mentais. Nesta unidade sua forma de egresso dar-se por ordem judicial, ou transferência de outras unidades prisionais, quando há encaminhamento para realização de exames psicológicos devidos a uma forma agressiva ou diferente da normalidade do apenado.

Ao chegar ao HCTP o paciente é conduzido a realização de exames de rotina, a avaliação psicológica que acontece no próprio Hospital de Custódia para delimitar qual sua real condição, para permanência ou não naquela referida unidade. Sem um tipo de controle e não podendo “fechar as portas” para a sociedade que necessita desta unidade. Após definição que ficará interno no HCTP, o apenado inicialmente fica em um ambiente diferente dos demais, tendo como finalidade a adaptação ao novo coloca, e logo depois é encaminhado ao pavilhão que compactua com sua periculosidade, segundo a diretora do hospital, Norma Cassemiro.

O desafio enfrentado pelos pacientes que estão internados nesta unidade prisional, conta com a falta de estrutura física, unidade esta que pouco é influenciada pelas políticas de humanização para com seus pacientes, além da falta de celeridade do Poder Judiciário, mantendo internos que já estão com alvará de soltura ainda na unidade prisional, tornando assim um ambiente superpopuloso e não habitável para qualquer ser humano em qualquer situação que esteja. Diante a entrada na no HCTP há realizações de perícia médica para certificação da cessação da periculosidade que via de regra será realizada ao fim do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo.

Assim que realizado, o exame deve ser remetido ao juiz pela autoridade administrativa competente, em forma de minucioso relatório instruído com laudo psiquiátrico, em virtude de ser o diagnóstico da periculosidade. Se comprovada a cessação da periculosidade, o juiz da execução determinará a revogação da medida de segurança, com desinternação - na hipótese de internamento - ou liberação - em caso de tratamento ambulatorial - do agente em caráter provisório, aplicando ao benefício às condições próprias do livramento condicional.

4.2. Estrutura precária do HCTP PE

Na última inspeção realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Ilha de Itamaracá, na data de 28/02/2018 realizada por uma orientanda do pesquisador Arquimedes Mendes, foi possível visualizar além da parte administrativa que lhe foi cedida na primeira visita técnica na data de 05/09/2017 o quão são violados os direitos dos internos naquela referida prisão. Versa no parágrafo 2º da Lei 10.216 de 6 de Abril de 2001 .

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:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - 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;

III - 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;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Foram observadas diversas problemáticas na unidade prisional, desde a superlotação, às questões de higiene, e o quantitativo de profissionais que hoje é notoriamente incapaz de gerar os cuidados necessários para os que ali estão vulneráveis. A superlotação onde a capacidade para abrigar 372 internos, hoje conta com 430 na unidade. Para abranger esse número o HCTP é subdividido em pavilhões masculinos e femininos, contendo lado A e B, sendo nominado de São Francisco; São José; São Lucas. Pode-se observar que nesses pavilhões as acomodações são precárias e insalubres, as celas utilizadas possuem apenas um vaso sanitário sem válvula de descarga, assim como os outros banheiros utilizados por eles; existem pouquíssimos chuveiros disponíveis e todos com água gelada (o horário do banho são os internos mesmo que determinam); muitos não têm colchão para dormir e tampouco lençóis; a higiene é inexistente, sendo as celas, banheiros e áreas comuns sujas, causando um cheiro desagradável para qualquer pessoa que entre na unidade.

Além das péssimas condições de limpeza nas instalações do hospital, os próprios internos sofrem com a falta de higiene pessoal ali oferecida, precisando muitas vezes que a própria comunidade lhes façam doações, os pacientes sofrem com suas roupas sujas ou até mesmo por não terem roupas, convivem diariamente com as paredes dos alojamentos com seus dejetos espalhados.

No pavilhão feminino que conta hoje com 22 internas, as celas são escuras, sem ventilação, pôde-se observar que as próprias roupas que as internas usam são postas dentro das próprias celas que elas mesmas sentem a necessidade de higienizar na medida das suas condições.

A realidade do HCTP é gritante diante tudo que fora inspecionado. No lado externo da unidade a recepção é ao ar livre e contém acentos de concreto que formam 04 bancadas, nesta parte externa da unidade existe uma sala nominada de: Encontro Conjugal; onde os internos podem usufruir desta, estando com a autorização do clínico, psicólogo para realização destes encontros.

Já na parte interna inicia-se uma das grandes problemáticas: Estrutura física. Há infiltração e mofo no teto, alguns bocais estão quebrados e sem lâmpadas; O consultório médico de psiquiatria está equipado com tensiômetro, balança antropométrica, 02 bureaus, quadro de avisos todos em estados bem precários; Há uma sala de observação/ nebulização com oxigênio em torpedo mal fixado por fio de nylon, poltrona, maca sem lençol, e uma pia sem equipamento de apoio a lavagem de mãos. Na sala onde são realizadas as fisioterapias parece está desativa há algum tempo, todos os equipamentos velhos e enferrujados, tendo conjugado a está sala um pequeno quarto contendo apenas uma maca.

A unidade não conta com sala vermelha própria para o atendimento de urgência nem com ambulâncias à disposição causando assim um prejuízo para remoções em urgências. O Posto de enfermagem conta com medicamentos, mesa, 02 cadeiras, gelágua, descartex e balde de lixo sem tampa ficam localizados entre dois pavilhões (masculino e feminino).

Os banheiros em situações decadentes como já citados, próximo ao refeitório que se mantém de forma precária. Apenas algumas observações foram feitas dantes as que nós foram permitidas verificar. Em alguns pavilhões não fora permitida a entrada, pois tratavam-se de pacientes com maior nível de periculosidade, e pelo baixo efetivo de policiamento, foi vedada a inspeção , alegando prezar pela segurança dos ali presentes.

No que tange o quantitativo de funcionários nesta referida unidade além de ser pouco equiparada à quantidade de internos, a equipe conta com a formação deste quadro: 2 terapeutas ocupacionais; 1 fisioterapeuta; 3 laudistas; 5 assistentes sociais; 1 nutricionista; 21 técnicos de enfermagem; 11 enfermeiros; 1 farmacêutico; 5 psicólogos; 5 psiquiatras; 2 clínicos gerais.

Os internos passam parte do dia livre em seus pavilhões, tendo uma única atividade disponível que seria a escola, lá alguns pacientes a frequentam tendo em vista que existem pacientes usuários de drogas, com capacidade para desenvolver estas atividades e que não possuem qualquer doença mental grave que os impossibilite a compreensão. Com rotinas são monótonas, sem qualquer atividade lúdica desenvolvidas em pacientes psiquiátricos com o intuito de ainda estimular os sentidos, desenvolver habilidades, interação entre eles menos.

Nessa visita buscou-se compreender os objetivos com relação a tratamento e os resultados, deixar visível os problemas encontrados no HCTP PE e principalmente denunciar a forma desumana que é mantida os pacientes aos Direitos Humanos que diariamente são violados na falta de tratamento necessário, na falta de estrutura físicas de trabalho por parte dos próprios profissionais responsáveis que

ali estão; pela ineficiência do dispositivo hospitalar que em quase nada vêm cumprindo com seu objetivo principal: o dever de tratar de forma digna os que sofrem de transtornos mentais e após controle da doença, reintegrá-los sem oferecer risco à sociedade.

Diante do exposto, diz o artigo 15 da Convenção da Pessoa com Deficiência/ Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.

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

1. 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.

2. 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.

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.

4.3 Superlotação

Localizado em Itamaracá, o HCTP recebe pessoas com transtornos psíquicos que cometeram crimes, mas que não podem ser enviados a penitenciárias comuns por serem considerados inimputáveis.

A inspeção do HCTP-PE foi realizada pelo Ministério Público de Pernambuco e constatou a grande problemática do Hospital de Custódia é a superlotação, contando também com o excesso de pacientes provisórios. Existem cerca de 470 pacientes em tratamento na unidade com capacidade para apenas 372. Muitos desses pacientes ainda em situação indefinida, a diretora do HCTP afirma que grande parte desse problema é a falta de celeridade do judiciário.

Hoje o quantitativo de pacientes no HCTP é de 366, distribuídos entre homens e mulheres de idades variantes entre 28 a 49 anos. Lotados em diferentes pavilhões masculinos e apenas um feminino, os pacientes estão cada vez mais à mercê do abandono desta unidade prisional. O quadro de funcionários e de agentes penitenciários não é equivalente ao grande número de pacientes gerando assim um déficit na segurança.

5. CONDIÇÕES DESUMANAS VS DIREITOS HUMANOS

Faz-se necessário relembrar o que significa Direito Humanos frente a toda barbárie que é encontrada dentro dos HCTP: Os direitos humanos consistem em direitos naturais garantidos a todo e qualquer indivíduo, e que devem ser **universais**, isto é, se estender a pessoas de todos os povos e nações, independentemente de sua classe social, etnia, gênero, nacionalidade ou posicionamento político.

A Declaração Universal de Direitos Humanos é formada por 30 artigos que versam sobre direitos inalienáveis – tanto individuais, quanto coletivos – que, em conjunto, deveriam assegurar a liberdade, a justiça e a paz mundial. Entre outros direitos, esse conjunto de artigos declara o direito à vida, o direito a não ser escravizado, não ser preso ou exilado de forma arbitrária, o direito de contar com a presunção da inocência e ser tratado com igualdade perante as leis e o direito à privacidade e à livre circulação, incluindo a imigração.

Em se tratando de todos os acontecimentos supracitados ocorridos dentro do HCTP é notável a violação desses direitos básicos de qualquer cidadão, onde pacientes são tratados de forma desprezível, desumana são esquecidos pelo próprio sistema. Um conjunto de falta de estrutura física, alimentação digna, assistência profissional gera desconforto tanto para pacientes quanto para profissionais, ferindo o princípio da dignidade da pessoa humana, disposto no art 1º, III da Constituição Federal.

Para Maria Sirene Cordioli; Miriam Süsskind Borenstein; Anesilda Alves de Almeida Ribeiro, autoras do artigo “Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos”, tem-se:

O HCTP é um órgão de defesa social e de clínica psiquiátrica, de atuação estadual. Atende a pessoas portadoras de distúrbios mentais que cometeram algum delito e, por isso, estão sob custódia, sendo essa a única instituição do gênero no Estado. De acordo com o Regimento Interno, seu objetivo é oferecer tratamento psiquiátrico ao paciente internado, preservar os direitos humanos e a dignidade do mesmo, bem como garantir qualidade de vida e bom atendimento durante a hospitalização. Visa tratar e recuperar seus internos, buscando reintegrá-los ao meio social e custodiar esses indivíduos que, por determinação judicial, têm uma medida de segurança a cumprir (CORDIOLI; BORENSTEIN; RIBEIRO, 2006).

Diante disso, não existe a dificuldade de identificar a falta de estrutura deste estabelecimento assim como todos os recursos oferecidos, proporcionando a ineficácia do tratamento aos internos.

5.1 AUXÍLIO DO CAPS AO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março do ano de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como “CAPS da Rua Itapeva”.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde comunitário e aberto do Sistema Único de Saúde (SUS) constituído por uma equipe de multiprofissionais que oferece tratamento para pessoas com transtornos mentais, usuários de drogas e álcool, cuja gravidade justifiquem sua permanência num espaço acolhedor e comunitário.

Os CAPS, são instituições criadas com a finalidade de acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Além disso, os CAPS tem o objetivo de ser substitutivos de internações psiquiátricas, de modo que o paciente faça o tratamento dentro de sua comunidade aproximando cada vez mais da sua família e comunidade.

De acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, estes podem passar o dia todo na unidade, parte do dia ou vir apenas para alguma consulta. Comparecendo todos os dias estarão em regime intensivo, alguns dias da semana em regime semi-intensivo e alguns dias no mês em não intensivo. As necessidades de cada usuário e os projetos terapêuticos, compreendendo as modalidades de atendimento e os tempos de permanência no serviço, são decididas pela equipe para gerar evolução de cada usuário.

Os CAPS se diferenciam como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, de acordo com os tipos de demanda dos usuários atendidos, da capacidade de atendimento e do tamanho, são eles: **CAPSI:** Atende a pessoas de todas as faixas etárias, prioritariamente aquelas com sofrimento psíquico resultante de transtornos mentais graves, este atendimento é destinado a municípios com população acima quinze mil habitantes. **CAPSII:** Destinado a municípios com população acima de 70.000.00 habitantes. **CAPSIII:** Oferece serviço de atenção contínua, 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana. Além de oferecer retaguarda clínica e acolhimento para os outros serviços de saúde mental, indicado para municípios com população superior a 150 mil habitantes. **CAPSi:** Assim como o CAPS I e II destinados a pacientes em intensa crise mental que os impossibilita viver em sociedade. Indicadas à municípios com população superior a 70.000 habitantes. **CAPSad:** Realiza atendimento a usuários de todas as faixas etárias. **CAPSadIII:** Atende a todas as faixas etárias a pacientes em intenso sofrimento mental e necessidades clínicas contínuos.

A equipe de profissionais que constam no quadro do CAPS é composta por:

CAPS: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo; 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem.

CAPSII: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física, 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem.

CAPSIII: 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo; 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem

CAPSAD: 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínicos; 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo; 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo.

CAPSADIII: 1 psiquiatra; 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 5 profissionais de nível universitário; 4 técnicos de Enfermagem; 4 profissionais de nível médio; 1 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa

CAPSi: 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior; 5 profissionais de nível médio.

Algumas atividades desempenhadas dentro do CAPS são elas as oficinas terapêuticas, que possibilitam maior integração social e familiar, desenvolvimento de habilidades corporais, manifestação de sentimentos, exercício coletivo da cidadania e realização de atividades produtivas.

Oficinas expressivas: Expressão plástica (argila, desenho, pintura, etc.), expressão corporal (ginástica, dança e técnicas de teatro), expressão verbal (leitura, poesia, contos, redação de textos, letras de música, etc), expressão musical e teatro;

Oficinas geradoras de renda: São atividades que se destinam á aprendizado de uma atividade geração de renda específica que podem ser igual ou não á atividade profissional do usuário. Exemplo: culinária, costura, mercenaria, brechó, cerâmica, artesanatos em geral.

Oficinas de alfabetização: Oficina destinada a usuários que não tiveram acesso ou que

não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante para reconstrução da cidadania. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

O CAPS tem como função, oferecer 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 inter-setoriais 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.

5.2 Alta progressiva

Considerando o término da medida de segurança e o retorno do indivíduo para a sociedade, foram criadas algumas alternativas de acompanhamento do interno. Uma delas é a Alta Progressiva e foi desenvolvida no Instituto Psiquiátrico Forense Do. Mauricio Cardoso, no Rio Grande do Sul.

Durante o cumprimento da medida de segurança o paciente é estabilizado, faz o uso de medicamento e recebe tratamento psicológico. Sabe-se que o processo de ressocialização é bastante difícil, principalmente no país em que vivemos, essa dificuldade é englobada desde o paciente em si, quanto à família e a sociedade que o receberá de volta. A saída definitiva do manicômio judiciário é um momento ansioso para o paciente desde os pontos positivos e negativos e entre eles a incerteza de como será a vida fora do ambiente institucional onde passara tanto tempo.

A Alta Progressiva trata-se de uma desinternação gradual desse paciente para uma habituação à vida pós-internação. Os que cumprem medida de segurança durante determinado período recebem o benefício da AP e passam a ser liberados da instituição periodicamente, diante a uma solicitação de multiprofissionais para verificação dos níveis de periculosidade.

Dependendo do estágio em que o paciente se encontre e do avanço de seu tratamento as saídas podem diversificar em fins de semana com familiares, saídas semanais, diárias, ou até períodos mais extensos, cabe à desenvoltura do paciente quanto ao tratamento.

Essa desinternação gradual caracteriza-se como etapa conclusiva para ações terapêuticas, a fim de facilitar a medida de segurança e torna-se eficaz na reabilitação do paciente delituoso. Com o ingresso da alta progressiva no campo da medida de segurança o âmbito judicial ganhou mais celeridade, afinal vários pacientes encontram-se mantidos em tratamento domiciliar ou ambulatorial. A Alta

Progressiva além da finalidade de reinserção do paciente tem o ponto de vista pericial que diz que a AP é capaz de proporcionar uma avaliação abrangente sobre o real estado do paciente e a sua relação à propensão de novos atos violentos fora da instituição.

Entretanto para que este benefício seja concedido, os pacientes necessitam ter um quadro evolutivo considerável e equivalente a isto uma diminuição de seus sintomas assim como a evidência de aceitação dos seus familiares, haja vista a maioria dos pacientes delituosos tem problemas intrafamiliares. Após análise dos profissionais que lidam com a rotina desse paciente dar-se início da concessão do regime, desde as saídas breves às saídas mais extensivas.

A incerteza de como será sua vida após sair do manicômio judiciário o paciente pode sentir-se ansioso por depararem-se com fatos motivadores da sua internação, como as reincidências nos delitos, apresentam piora em seus sintomas psiquiátricos. Com embasamento nisto, estabeleceu-se um prazo para realizações de exames, noventa dias. É imprescindível esta necessidade em acompanhar o paciente, em função de seus estados mentais, físicos e sociais.

Para que a Alta Progressiva tenha continuidade, é importante que o paciente apresente boa desenvoltura em situações novas em seu cotidiano, situações essas que são corriqueiras na vida fora da instituição. Dificuldades como morte de familiares, admissão em empregos, demissões, abandono pelo cônjuge dentre tantas outras situações que podem desestabilizar o paciente. A regularidade no trabalho manter-se ocupado com diversas atividades, auxílio familiar, são fatores contribuintes para a continuidade do processo da Alta progressiva.

A passagem do regime de Alta Progressiva para liberdade definitiva do paciente ocorre diante de evolução psiquiátrica com ausência de exames psicóticos agudos, por um período regular de tempo. Porém é necessário enfatizar que em alguns casos o tempo mínimo ainda é insuficiente, leia-se em alguns casos. A adaptação profissional sendo agregada ao meio social configura grandes chances de alta definitiva.

Ainda não há na legislação penal brasileira um intermédio entre a internação judicial de um indivíduo que praticou crime com sua desinternação, em prol disto a Alta Progressiva caracteriza-se como um meio facilitador para um tratamento comunitário de importante relevância, além de ser acolhido em defesa do princípio da Dignidade da Pessoa Humana (1º,III da Constituição Federal). Sua existência está na pretensão de inclusão social e trazer benefícios aos pacientes.

Estar em meio social requer construir uma outra realidade, além da exposição do paciente a possíveis reincidências nos delitos e muito provavelmente a discriminação social. Para isto é necessária um acompanhamento antes dessa Alta Progressiva até os momentos em que o indivíduo já esteja totalmente inserido na comunidade. A preparação deve ocorrer de forma simultânea junto ao hospital de custódia, é imprescindível a assistência desde as primeiras saídas, com uma equipe de multiprofissionais dispostos a ajudar é sem dúvidas, fundamental.

A Alta Progressiva é um importante método para transformar culturas que sustentam a discriminação e o aprisionamento da loucura. Além de acrescer a quantidade de profissionais atuando

em causa de recuperação de pacientes, o acompanhamento terapêutico fortalece a estrutura da AP, pois, quanto mais dedicação e apoio e preparação psicológica o paciente tiver, mais seguro ele sairá do hospital.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início os hospitais de custódia adquiriram características de presídio/asilo para que pudessem retirar da sociedade os doentes mentais que havia praticado ato ilícito, sem que houvesse importância de como seria dado este tratamento e em quais circunstâncias essas pessoas seriam expostas. O portador de doença mental precisa de cuidados básicos- necessários e a intenção de prendê-lo ao invés de trata-lo trás danos irreversíveis. A Reforma Psiquiátrica, que vem sendo discutida no país desde a década de 1970 embora essas novas práticas venham sendo criadas, trazendo inovações no sistema como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), SUS (Sistema único de Saúde) , muitos dos direitos das pessoas com transtornos mentais continuam sendo seriamente violados.

O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo sobre a falta de estrutura e o desafio enfrentado pelos internos no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, assim como o processo de tratamento, alta e a ressocialização dos mesmos. Mesmo que havendo um grande comprometimento, responsabilidade para direcionar essa unidade prisional existe a necessidade de melhoramento da instituição principalmente no tocante à população carcerária. Pode-se observar que os internos do HCTP lidam constantemente com a violação direitos humanos inscritos na Constituição Federal de 1988 e na lei de Reforma Psiquiátrica. Lidam diariamente com superlotação, condições da estrutura física do prédio precária, falta de assistência médica, prejudicando o tratamento almejado aos custodiados.

É assegurado pela portaria de número 3.088, de 23 de dezembro de 2011, 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 álcool e outras drogas no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde). O apoio do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é de suma importância ao Hospital de Custódia e Tratamento psiquiátrico, é uma forma de auxiliar o hospital no tratamento do apenado, buscando projetos terapêuticos para realidade de cada usuário. O objetivo do CAPS junto ao HCTP é aproximar o paciente à sua comunidade e família, mantendo o tratamento. Tendo também a concessão da Alta Progressiva como um aliado ao paciente que já está em avançado estado de tratamento dentro do hospital, permitindo a saída da unidade em períodos de curto, médio e longo prazo. A alta progressiva além de um método de reabilitação do paciente, é um também uma avaliação do real estado no qual ele se encontra, e qual a sua relação a propensão a novos delitos.

Faz-se necessário a criação de novas políticas para construção de proteção social para acolher portadores de transtorno mental. Para isso, é primordial 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.

É indispensável a superação do preconceito da sociedade, que refere-se à pessoa com transtorno mental como um ser perigoso. Nessa etapa, deve-se lembrar de seus familiares que por vezes, não tiveram acesso aos cuidados e informações sobre saúde mental. Aproximar a família para a discussão sobre essa nova ótica significa deslocar o centro da atenção e do cuidado do hospital para a pessoa, evitando assim, o abandono que é a realidade vivida por esses pacientes. Estima-se que a apresentação dos problemas enfrentados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco possa rever os desafios e contradições que a instituição continua a colocar àqueles que se preocupam com o destino de todos que ali continuam a ser confinados, e que para muitos, torna-se uma prisão perpétua.

REFERÊNCIAS

Biondi E, Fialho J, Kolker T. **A reinserção social do portador de transtorno mental infrator: propostas para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01**

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Reforma psiquiátrica e manicômio judiciário: relatório final para reorientação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.** Brasília: Ministério Público Federal. 2002.

CAPEZ, F. Direito Penal – Parte Geral. Saraiva. São Paulo, 2011.

CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura – O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século.** Ed. UERJ. 1998, Rio de Janeiro.

CERNICCHIARO, Luiz Vicente; TOLEDO, Assis. **Princípios básicos do direito penal.** 5. Ed. São Paulo: Saraiva 1994.

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

COHEN, C. Bases Históricas da Relação entre Transtorno Mental e Crime – **Medida de segurança, uma questão de saúde e ética.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

DAVISON E NEALE, 2003 p.271-273): **Crime e doença mental . Um nexos de causalidade.**

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

LIMA, André Teixeira: **Relatório de Visita ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.** Brasília, Outubro de 2015.

MENEZES, R. S. Uma breve história dos manicômios judiciais. In: _____. **Esquizofrenia e Liberdade: manicômio judicial reforma psiquiátrica e a era da saúde mental.** Porto Alegre: Armazém Digital, 2005a.

MONTEIRO, Fábio de Holanda; MONTEIRO, Elizabeth Soares Oliveira de Holanda. **A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA E A ATUAÇÃO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA.** Revista Páginas de Direito, Porto Alegre, ano 14, nº 1177, 24 de setembro de 2014.

OLIVEIRA Nelson Rocha, CAPS judiciário: Opção necessária para uma justiça saudável, Out./Dez. 2011.

QUIRINO Cordeiro e MAURO Gomes Aranha de Lima. **Medida de segurança – Uma questão de**

saúde e ética. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL. BRASÍLIA: Ministério SAÚDE MENTAL NO SUS: os Centros de Atenção Psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SAÚDE MENTAL NO SUS: **Os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.