

RODRIGO DE OLIVEIRA BOTELHO

**HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS OU UNIDADES PRISIONAIS: a
necessidade da reforma dos hospitais de custódia e tratamento
psiquiátrico**

CURSO DE DIREITO – UniEVANGÉLICA

2018

RODRIGO DE OLIVEIRA BOTELHO

**HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS OU UNIDADES PRISIONAIS: a
necessidade da reforma dos hospitais de custódia e tratamento
psiquiátrico**

Monografia apresentada ao Núcleo de Trabalho de Curso da UniEvangélica, como exigência parcial para a obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da Prof.^a Ms. Priscila Santana Silva.

ANÁPOLIS – 2018

RODRIGO DE OLIVEIRA BOTELHO

**HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS OU UNIDADES PRISIONAIS: a
necessidade da reforma dos hospitais de custódia e tratamento
psiquiátrico**

Anápolis, ____ de _____ de 2018.

Banca Examinadora

“O problema é que as pessoas têm o condão de escolher exatamente aquilo que é pior para elas” (Alvo Dumbledore).

Dedico esta pesquisa a todos aqueles que, neste momento, se encontram nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, em condições degradantes; com esperança de que este estudo possa contribuir futuramente, direta ou indiretamente, de algum modo, para transformar a realidade destes seres humanos.

Agradeço à força criadora do universo que habita em mim; aos meus pais, avós e Anna Lívia; à professora Priscilla Santana pelas orientações, confiança e paciência; a toda a equipe da Promotoria de Justiça de Alexânia/GO; aos amigos Ana Carla, Nayane, Gabriela, Isadora, Victória, Raphael e Nathália; ao meu maior apoiador e inspirador, a pessoa que nunca duvidou do quão longe eu poderia chegar, e esteve junto a mim nesta jornada, com dedicação e amor, José Paulo.

RESUMO

A proposta deste trabalho monográfico é investigar e expor a situação atual dos anteriormente chamados manicômios judiciários, atuais hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs), e a necessidade da reforma destes. A tese analisa as relações entre doença mental e crime no contexto jurídico brasileiro, alinhadas à realidade de precariedade dos HCTPs, mesmo após sua reforma, a qual não ocorreu de fato na prática, nos termos do disposto na Lei nº 10.216/01. Muitos daqueles que são encaminhados aos hospitais de custódia recebem punição, e não tratamento, em vista disso, tem-se instaurado a “Luta Antimanicomial” visando tutelar os direitos e proteções do louco infrator, assim chamado pela psicologia. O método a ser utilizado na elaboração da monografia será o de compilação ou o bibliográfico, utilizando-se como apoio e base contribuições de diversos autores sobre o assunto em questão, por meio de consulta a livros e periódicos.

Palavras chave: Hospitais de Custódia. Reforma Psiquiátrica. Lei nº 10.216/2001.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO I – OS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA	05
1.1 Os manicômios judiciais ao longo do tempo	05
1.2 O movimento da Luta Antimanicomial	11
1.3 A realidade dos hospitais de custódia no Brasil	14
CAPÍTULO II – TUTELA JURÍDICA	18
2.1 A legislação penal brasileira: o louco infrator sob a ótica do Código Penal e da Lei de Execução Penal	18
2.2 As influências da Lei nº 10.216/2001 sobre a legislação penal	22
CAPÍTULO III – A REFORMA DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS	27
3.1 A necessidade de intervenção do Ministério Público e da existência de políticas públicas frente ao campo da atenção psicossocial	27
3.2 As dificuldades de desinternação por omissão do Estado	31
3.3 A necessidade de uma nova reforma nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	34
CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

INTRODUÇÃO

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTPs são as instituições que interligam os institutos que tutelam o comportamento humano: a Psiquiatria e Direito Penal. Os HCTPs foram construídos no Brasil a partir de 1921, quando surgiu o primeiro deles no Rio de Janeiro. Tais instituições geram polêmica e atualmente são bastante problematizadas devido ao efeito reverso que estas causam nos indivíduos subjugados aos tratamentos nestes ambientes.

Na ação penal, em sua fase de execução, o agente inimputável ou semi-imputável, que pratica um fato típico e ilícito, deve ser submetido a uma medida de segurança - fruto do caráter coercitivo do Estado - imposta ao agente, com fulcro no grau de periculosidade por ele apresentado. Neste contexto, a medida pode caracterizar-se como detentiva ou não detentiva, ou seja, na primeira o sentenciado se submete à medida de segurança restritiva de liberdade, no regime de internação; e, na segunda, ao tratamento ambulatorial.

A medida de segurança não configura uma pena restritiva de direito ou de liberdade, sendo que ela é determinada numa sentença absolutória imprópria. Ocorre que a medida de segurança, atualmente, é um modo de ressocialização, uma forma de impedir que os incapazes de conhecerem o caráter ilícito de um fato repitam-no, colocando-o em condições de participar do convívio social.

Conforme a legislação penal brasileira, a medida de segurança é cabível àqueles que não podem responder por seus atos na esfera criminal, sendo que, são requisitos indispensáveis para que um infrator seja submetido a tal medida: a prática

de um fato típico punível, a ausência de imputabilidade plena e a periculosidade do agente.

O conceito de periculosidade, segundo o doutrinador de direito penal, Palomba, “é o conjunto ou as circunstâncias que indicam a possibilidade de alguém praticar ou tornar a praticar um crime” (PALOMBA, Guido Arturo. 2003, p. 197). Portanto, trata-se não apenas da gravidade da doença mental portada pelo agente, mas de uma série de critérios como a culpabilidade, o comportamento social, entre outras características sociais e particulares que determinarão a conclusão da avaliação do juízo.

Não obstante, verifica-se que a realidade é discrepante da letra da lei; a situação comportada pelos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico beira a alienação, uma vez que enfrentam diversos problemas de infraestrutura decorrentes de escassos investimentos do Estado ou nenhum investimento, contrariando a reforma do regime manicomial proposta pela Lei nº 10.216/01 - versa sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de doença mental e outros transtornos do gênero -, que tem também por objetivo trazer novos aspectos transformadores ao padrão assistencial em saúde mental no país.

Um relatório realizado pelo Conselho Federal de Psicologia, junto a Ordem dos Advogados do Brasil, define que os manicômios são “um híbrido do pior da prisão com o pior do hospital” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, P.15), uma clara referência às condições precárias do sistema de saúde público nacional e das unidades prisionais, ambos prejudicados pelo descaso, falta de segurança e assistência do Estado brasileiro.

Segundo o levantamento supracitado, a vivência dos sujeitos expostos aos tratamentos nos HCTPs é cruel e desumana, através dele foram elencados como principais problemas nestas entidades: as condições físicas degradantes e humilhantes; tratamento sub-humano por parte dos profissionais – inclusive psiquiatras - com os pacientes; total falta de privacidade somada a inúmeros casos de estupros, saneamento e higiene (presença de insetos e roedores, iluminação e

ventilação precárias, qualidade de sono prejudicada, banhos gelados); ausência de advogados; baixa proporção de profissionais da área da saúde se comparada a quantidade de agentes de segurança, igualando-se às unidades prisionais.

O objeto de estudo desta monografia se ateve em demonstrar a omissão do Estado diante da precariedade e ineficiência do sistema de tratamento psiquiátrico-judiciário brasileiro e a necessidade de sua reformulação, por meio da seguinte indagação: seriam os hospitais de custódia apenas unidades de tratamento psiquiátrico ou uma espécie velada de estabelecimento prisional?

No primeiro capítulo há um aprofundamento sobre o que são os Hospitais de Custódia por meio de um breve histórico, bem como foram instituídos tais estabelecimentos públicos no Brasil; a narrativa de como se deu a Luta Antimanicomial; e dados sobre a realidade atual de tais estabelecimentos psiquiátricos.

No segundo capítulo ocorre a abordagem da tutela jurídica acerca do tema, uma vez que se trata de um estudo no âmbito acadêmico jurídico, ressaltando a ineficiência da Lei de Execuções Penais, a relevância e influência da Lei nº 10.216/01; o que foi e, atualmente, qual é a relação entre crime e loucura sob o prisma do ordenamento criminal.

Em suma, o último capítulo expõe a atuação do Ministério Público como fiscal da lei e interventor dos direitos dos incapazes e inimputáveis; as necessidades de políticas públicas transformadoras; as dificuldades enfrentadas na desinternação dos pacientes jurídicos. Ainda, a deficiência e omissão do Estado em desprezo à saúde, à segurança pública e à recuperação daqueles submetidos às medidas de segurança, assim como a urgência de uma reforma concreta dos hospitais de custódia.

A metodologia de abordagem do tema constituiu-se na compilação e análise minuciosa de obras e, principalmente, artigos acerca do conteúdo, visto que se trata de um assunto em voga e órgãos como o Conselho Federal de Psicologia e o Ministério Público têm insistido na relevância em expor e problematizar a realidade

dos hospitais de custódia. Por isto, dois dos principais artigos que formaram o sustentáculo da presente pesquisa tiveram sua confecção pelos referidos órgãos - considerando a riqueza de dados e relatos que ratificam a necessidade de dissertar sobre os hospitais de custódia. Em suma, tem-se que o objetivo da pesquisa foi alcançado.

CAPÍTULO I – OS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA

A palavra manicômio tem sua origem no idioma grego: *mania* significa loucura, enquanto *komêi* pode ser traduzido como cura. O manicômio judiciário surgiu a partir da conjunção de dois institutos da Idade Moderna – a prisão e o manicômio -, criados com o intuito de punir e reprimir as faltas mais graves relativas à desobediência das normas penais. Não há um conceito doutrinário ou vulgarmente amplo do que foram os obsoletos Manicômios Judiciários, atuais Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP. De modo pertinente, os HCTPs podem ser conceituados como os estabelecimentos públicos em que são abrigados indivíduos portadores de algum distúrbio psiquiátrico – inimputáveis ou semi-imputáveis -, e que cometeram um crime, em função disto, estes estão submetidos a alguma medida de segurança.

1.1 Os manicômios judiciários ao longo do tempo

Durante a Idade Média (séculos XVI e XVII), os identificados como loucos, devido ao abandono social, eram abrigados pelos religiosos nas Santas Casas de Misericórdia, junto a outras pessoas que se encontravam também à margem da sociedade, como as prostitutas, os moribundos e os miseráveis, a fim de que lhes fosse proporcionado algum conforto e condições mínimas de subsistência. Além das repressões previstas na legislação, as quais eram instituídas pela Igreja Católica; houve a criação dos hospitais gerais e casas de correção e trabalho, locais destinados ao asilo dos antissociais e moradores de rua forçando-lhes ao trabalho como forma de punir a ociosidade, bem como lhes oferecer uma educação religiosa e moral. Os ditos loucos eram enclausurados nos porões das Santas Casas e nos

hospitais gerais, submetidos a diversos métodos de punição e tortura (RESENDE, 2001).

No decorrer do íterim supracitado, a clausura dos loucos não possuía um perfil de medicalização e tratamento, mas de hospedagem e punição, visto que a ciência não era enxergada com bons olhos, devido a preconceitos religiosos propagados pela Igreja Católica naquele tempo. Tão somente no século XVIII, com o surgimento dos ideais iluministas, os métodos médico-terapêuticos obtiveram algum destaque (AMARANTE, 1998).

Na virada do século XVIII, com os adventos da Revolução Francesa e da Declaração dos Direitos do Homem nos Estados Unidos, houve um acréscimo de denúncias relativas às internações forçadas e tratamentos de punição utilizando métodos de tortura, "disfarçadas ou não sob a forma de tratamentos médicos, de que eram vítimas" (RESENDE, 2001, p. 25).

Como consequência destas acusações, foi iniciado um movimento com grande participação da França, Reino Unido e Estados Unidos, objetivando reformas nos estabelecimentos de tratamento dos loucos que resultou na criação dos manicômios, reservados somente a eles, para lhes garantir tratamento psiquiátrico, diferentemente dos demais indivíduos marginalizados.

Ainda sobre o lapso supramencionado, para que o hospital se tornasse uma instituição medicalizada, foi imprescindível o período da grande internação, quando a loucura passou a configurar como uma responsabilidade estatal. Objetivou-se não só um tratamento mais digno ao internado ou um estudo mais aprofundado da loucura sob a ótica psiquiátrica, mas um processo de conciliação entre o pensamento médico e a internação (SIMONETTI, 2006).

A gênese do manicômio judiciário surge na Inglaterra no decorrer do século XVIII, nascido com o nome de *Criminal Lunatic Asylum* (Manicômio do Criminoso Lunático), o primeiro estabelecimento criado para custodiar as pessoas portadoras de deficiência mental que tivessem praticado algum crime (SIMONETTI, 2006). Idem, a Inglaterra foi o primeiro país a legislar sobre os loucos infratores,

catalogando em um rol taxativo quais as pessoas que obrigatoriamente deveriam se submeter à internação nos manicômios (BORZACHIELLO, 1997).

O Estado da Inglaterra, entusiasmado com o seu pioneirismo em lidar com o tema, promulgou ainda no século XVIII a *Insane Offender's Bill* (Lei do Louco Delinquente) que previa a absolvição ou internação dos loucos infratores por tempo determinado de acordo com os critérios do monarca.

Contudo, a lei não logrou êxito por ausência de estrutura básica do Estado em sustentá-la, além de se demonstrar ineficaz para atender às necessidades terapêuticas daqueles seres humanos, nada obstante a boa intenção do legislador, as dificuldades de gestão desumanizaram ainda mais as condições dos internados (SIMONETTI, 2006).

Porém, não satisfeito, o governo britânico tentou mais uma vez se sobressair em relação aos outros países na área da saúde psiquiátrica, sendo o primeiro Estado a conduzir um estabelecimento específico para tratamento de infratores alienados, chamado de Prisão Especial de *Broadmoor* – situado na periferia londrina - modelo de assistência e eficiência para a época. Antes disso, existiam apenas anexos às prisões comuns nos Estados Unidos e na França, direcionados a tratar os apenados que sofriam transtornos mentais ou enlouqueciam na prisão (SIMONETTI, 2006).

Passado praticamente um século após o vanguardismo britânico, outros países da Europa começaram a adoção de uma série de diligências naquele mesmo sentido. A França, no ano de 1876, instituiu nas dependências do manicômio de Bicêtre, uma ala especificamente para loucos que também eram criminosos. Já a Alemanha, no período compreendido entre 1870 e 1875, utilizou as casas de custódia de Bruchsal, Halle e Hamburgo, para transformá-las em locais para internação de loucos infratores. Somente na metade do século XIX, a Itália providenciou a construção de um local para separar a população carcerária comum dos presos tidos como “presos enlouquecidos”; assim, na província de Aversa, o governo italiano inaugurou em 1876 a Seção Para Maníacos e a Casa Penal para Inválidos (GANDOLFI, 1988).

Os Estados Unidos também só instituíram seu primeiro manicômio judiciário em meados do século XIX, no ano de 1855, em Auburn, Nova Iorque. Em seguida, o estado de Massachussetes tomou a iniciativa em 1872, para construção de um manicômio deste gênero. Após, em 1874, novamente em Nova Iorque, na capital do estado, foi inaugurado outro manicômio judiciário. No Canadá, houve a separação, em 1877, do Asilo de Rockwood das prisões de Kingston, ocasião em que estas passaram a figurar como estabelecimentos distintos (BORZACHIELLO, 1997).

No Estado brasileiro, os pretéritos manicômios foram construídos gradativamente. No ano de 1852 foi inaugurado o Hospício Dom Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, fundado sob a necessidade de abrigar os marginalizados e vítimas de abandono social acometidos de distúrbios psiquiátricos. Com a residência da família real e a elite portuguesa no Brasil, as autoridades cuidaram de higienizar as ruas da referida cidade, capital do país naquela época (FIGUEIREDO, 1988).

Uma vez que a era irrisória a quantia de loucos infratores nas Santas Casas de Saúde, e, os que cometiam crimes e portavam alguma doença mental eram trancados nas mesmas celas dos que tinham suas faculdades mentais plenas, fez-se necessária a transferência dos loucos aos novos manicômios. Outro grande problema que influenciou a criação dos manicômios brasileiros foi o medo que as pessoas tinham dos loucos infratores, considerados como uma perturbação da paz social, assim sua reclusão resguardaria a segurança pública. Posteriormente, o Hospício Dom Pedro II passou a se chamar Hospício Nacional de Alienados (FIGUEIREDO, 1988).

A respeito da legislação que abordava o tema assistência médica psiquiátrica e tutela dos portadores de doenças mentais, pode-se dizer que seu início se deu com o Decreto Imperial de 1841, sob a regência de Dom Pedro II, que instituiu a assistência psiquiátrica no Estado brasileiro, percorrendo até o Decreto nº 24.559, de 1934. Neste prazo, de 1841 a 1934 foram promulgados mais dezesseis decretos que dispunham sobre os loucos infratores (DELGADO, 1992).

O primeiro manicômio brasileiro do gênero judiciário, e também da América Latina, foi fundado no Rio de Janeiro, em 30 de maio de 1921,

apresentando-se como instituição prisional, ao lume de que mesmo portando transtorno mental, o sujeito deveria ser penalizado pelo crime por ele praticado. Calha mencionar que neste mesmo ano foi publicado a o Decreto nº 14.831/1921, regulamentando sobre a criação dos manicômios judiciários:

Art. 1º - O Manicômio Judiciário é uma dependência da Assistência a Alienados no Distrito Federal, destinada a internação:

I. Dos condenados que se achando recolhidos às prisões federais, apresentam sintomas de loucura;

II. Dos acusados que pela mesma razão devam ser submetidos à observação especial ou tratamento;

III. Dos delinquentes isentos de responsabilidades por motivo de afecção mental (código penal, art. 29) quando a critério do juiz assim o exija a segurança pública.

A condução do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro ficou a cargo do psiquiatra Heitor Pereira Carrilho, que anteriormente já dirigia a Seção Lombroso do Hospício Nacional. Por esta razão, na década de 1950, o estabelecimento recebeu o nome de Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. Em decorrência da Reforma Penal de 1984, que reformou o Código Penal e criou a Lei de Execução Penal, o local passou a ser chamado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (CARRARA, 2010).

Todos os estabelecimentos criados no país até o final do século XIX, com a finalidade de internar os doentes mentais, ofereciam um tratamento que tinha como objetivo maior "afastá-los da sociedade do que realmente tratá-los e minorar seu sofrimento" (RIBEIRO, 1999, p. 20). O maior propósito dos manicômios brasileiros não era tratar os loucos e extinguir lhes as moléstias, mas mantê-los isolados da convivência social a fim de garantir a segurança pública. A situação se sucedeu desta forma até o fim do século XIX, com ocorrências de maus-tratos; violência física, moral, verbal e sexual; higiene e instalações precárias, fome ou má alimentação. O escritor Gabriel Figueiredo cita inclusive, "as sessões de tortura com banhos de choque térmico e a malarioterapia" – consistente no tratamento de enfermidades utilizando a introdução de micro-organismos causadores da malária no corpo humano -, "práticas científicas consagradas" daquela época (1988, p. 125).

A prática de internações compulsórias no século XIX poderia ser considerada um ato de sequestro, visto que se retirava dos loucos infratores seu

direito a locomoção mediante abuso de autoridade policial judiciária, causando-lhes tamanho constrangimento. Engana-se quem pensa que naquela época caberia habeas corpus nestes casos. Os portadores de doença mental eram encaminhados às casas de custódia sem a menor garantia de uma lei que os amparasse, ou seu patrimônio, sua liberdade e direito de ampla defesa (CORREA, 1999).

Até o século XIX, uma ordem policial era o bastante para ensejar uma internação. A finalidade das internações resumia-se em:

Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar. O peso relativo de cada um desses verbos na ideologia da nascente instituição psiquiátrica brasileira pendeu francamente para os dois primeiros da lista, os demais não entrando nem mesmo para legitimá-los. A função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência aparece, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza (RESENDE, 2001, p. 39).

Ulteriormente, com o passar das décadas, durante a Ditadura Militar, surgiram as Clínicas de Repouso, diante das inúmeras políticas de privatização da saúde que contribuíram para o aumento de quartos e leitos particulares, onde as famílias com poder aquisitivo poderiam internar seus bastardos (COSTA, 2003).

Ademais, com o fortalecimento da indústria no país e conseqüentemente, a adesão ao sistema capitalista, houve uma crescente no potencial de produção da indústria farmacêutica brasileira, a qual contou com a influência norte-americana no Regime Militar e nos hospitais psiquiátricos que, por sua vez, começaram a aderir tratamentos à base de medicamentos com princípios psicoativos. A privatização da medicina se tornou um recurso para auferir lucros, pois o foco do Estado era se comprometer com os grupos econômicos nacionais e multinacionais, inclusive aqueles da indústria farmacêutica (AMARANTE, 1998).

A Ditadura Militar se referia aos direitos humanos com descaso, o que não foi diferente com o sistema de saúde brasileiro, que foi submetido à privatização. A medicina se transformou em um mercado manipulado pela indústria farmacêutica. A internação asilar ascendeu com o reforço do padrão de hospitalização dos manicômios. Passados aproximadamente 30 anos do fim do Regime Militar, o Estado ainda "encontra-se hoje mergulhado no mais profundo caos

no que diz respeito à saúde pública em geral, ao atendimento da população nos hospitais e postos de saúde, e à assistência psiquiátrica em particular" (RIBEIRO, 1999, p. 64).

Grupos profissionais da psiquiatria, psicologia e social, na década de 1970, começaram requerer respostas do Estado quanto aos métodos de tratamento aplicados aos loucos infratores, exigindo a criação de um novo sistema de saúde que priorizasse a integridade e a dignidade do ser humano:

As ações em saúde mental se inserem na política de saúde, que por seu turno é consequência das medidas socioeconômicas adotadas pelo governo. Não se pode desvincular o processo de transformações na saúde do processo de evolução e aperfeiçoamento que ocorre na sociedade, envolvendo relações de ordem política, cultural, social, de trabalho, de educação, de qualidade de vida (RIBEIRO, 1999, p. 81).

Neste período, entre as décadas de 1970 e 1980, anteriores a reforma dos Hospitais de Custódia, sobrevinda de forma ineficiente, e a promulgação da Lei nº 10.216/01, ocorreu um movimento social indispensável para que aquela primeira acontecesse, o movimento da "Luta Antimanicomial".

1.2 O movimento da Luta Antimanicomial

Os movimentos sociais são administrados por um mosaico de indivíduos impulsionados por questionamentos e insatisfações, em razão de adversidades cotidianas e inerentes à coletividade em prol de causas específicas, a fim de gerar melhorias. A visibilidade dos movimentos sociais ocorre nas mobilizações coletivas, por meio de manifestações, encontros, eventos, protestos e conflitos.

A Luta Antimanicomial no Brasil ainda não se institucionalizou, pois esta ainda é recente e apresenta precoces debates, necessitando da efetiva participação de familiares e órgãos públicos como apoiadores para ir de frente ao modelo de saúde mental empregado no país.

As problemáticas do Regime Militar quanto à saúde, citadas anteriormente, influenciaram fortemente para o surgimento da Luta Antimanicomial.

Os setores do Movimento de Renovação Médica – REME e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, se uniram para formar Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM, com o intento de denunciar as torturas e violências diversas aplicadas como métodos coercitivos nos tratamentos psiquiátricos. (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Os protestos também englobavam assuntos quanto ao direito dos trabalhadores da saúde mental. O número de atendimentos por jornada diária de trabalho, os baixos salários, a ausência de investimento nos manicômios, uso de eletrochoque nos doentes e a desumanização da prestação de serviços também eram reclamações constantes. Em 1978 o referido grupo ensejou uma greve trabalhista que perdurou cerca de oito meses, de forma a alcançar grande repercussão nos veículos midiáticos. Nos anos seguintes, diversos encontros entre os profissionais aconteceram a fim de ampliar o alcance do MTSM (AMARANTE, 2008).

Então, com o empenho do MTSM, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, esta primeira teve um caráter puramente técnico, sendo que somente as próximas conferências abriram espaço para uma maior participação de outros profissionais e terceiros interessados no debate da reforma da assistência psiquiátrica. Naquele mesmo ano ocorreu em Bauru, no estado de São Paulo, o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores, com uma maior participação de outros agentes e órgãos para discutir novas políticas de saúde mental (AMARANTE, 2008).

O congresso ocorrido em Bauru/SP foi considerado o responsável por tornar uma linha tênue a divisão entre os profissionais e a sociedade na Luta Antimanicomial, não se afirmando somente como um movimento de sindicato trabalhista, mas um movimento social e militante na defesa de uma reforma psiquiátrica democrática, com a participação dos mais diversos setores da sociedade (GADELHA JÚNIOR, 2012).

A jornada do MTSM pode ser dividida em duas fases, a primeira constitui-se de mudanças em sua composição, pois, preliminarmente havia uma exclusividade

dos trabalhadores. Já em sua segunda fase houve a inserção de familiares e dos próprios pacientes no movimento, priorizando não só a reforma do padrão manicomial, mas as transformações na sociedade para dizimar preconceitos (AMARANTE, 2008).

Em 1993, com o crescimento da Luta Antimanicomial, instituiu-se o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, decretando o dia 18 de maio como o Dia da Luta Antimanicomial. Em 1993 surge o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – MNLA, sua máxima foi “O Movimento Manicomial como movimento social”, não se tratava mais apenas sobre os manicômios, os métodos de tratamento em si e seus trabalhadores, mas sobre os sujeitos que o integravam, os familiares dos pacientes e a busca por participação da comunidade.

As problematizações levantadas pelo grupo se fixavam em superar obstáculos levantados por preconceitos sociais, causados pela ignorância geral e a ausência ao acesso de informações sobre a situação dos portadores de distúrbios mentais. Os encontros ainda acontecem com a participação de familiares e interessados (LOBOSQUE, 2003).

A Luta Antimanicomial no Brasil completou seus 25 anos de existência em 2012. Calha ressaltar que o movimento vem de um período obscuro de redemocratização do Estado, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, e o final do Regime Militar. A instituição do Sistema Único de Saúde- SUS, em obediência às garantias constitucionais foi um grande passo para o surgimento e gestão de novas políticas públicas em termos de saúde mental. Entretanto, atualmente identifica-se um significativo esvaziamento dos movimentos antimanicomiais.

Consequentemente, é plausível inferir que, não houve de fato uma reforma eficiente em obediência a Lei nº 10.216/01 - será discutida mais a frente. A realidade dos HTCPs ainda fere os direitos humanos, traz consigo novas e antigas adversidades em sua estrutura, com resquícios dos antigos Manicômios Judiciários, tanto na forma de tratamento e acolhimento dos doentes quanto instituição, conforme a mostra de dados em seguida.

1.3 A atual realidade dos hospitais de custódia no Brasil

Na prática, a reforma dos antigos manicômios judiciários ainda não ocorreu. Os seres humanos encaminhados aos hospitais de custódia recebem punição, e não tratamento, desta forma, tem-se instaurado a “Luta Antimanicomial” visando tutelar os direitos e proteções do louco infrator - nomenclatura atribuída pela psicologia.

Um relatório confeccionado pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2015, com apoio da Ordem dos Advogados do Brasil, define que os HCTPs são o pior do hospital psiquiátrico com o pior da prisão, uma clara referência às condições precárias do sistema de saúde público nacional e das unidades prisionais, ambas instituições prejudicadas pelo descaso e falta de interesse do Estado brasileiro de agir. Segundo este levantamento supracitado, a vivência dos sujeitos expostos aos tratamentos nos HCTPs é cruel e desumana.

Na contemporaneidade, não se verifica as práticas medievais e horrendas de tratamento nos hospitais de custódia, como a lobotomia – método antigo que consistia no corte das vias entre os lobos frontais e o tálamo do cérebro, bastante utilizado nos casos de esquizofrenia -, choques elétricos, castigos religiosos com instrumentos contundentes. Porém, são muitos os problemas trazidos dos antigos manicômios, ainda há a aplicação de torturas veladas, banhos gelados, trancamento em celas solitárias, entre outros, que ainda persistem.

Sob o prisma da psiquiatria moderna, quando um portador de transtorno mental, na condição de inimputável ou semi-imputável, comete um ilícito, a ele deve ser aplicada, preferencialmente, a medida de segurança que permita o tratamento ambulatorial, devido ao seu caráter menos agressivo, vez que o indivíduo não permanece privado de sua liberdade. Entretanto, mesmo que grande parte dos crimes praticados por eles seja de menor potencial ofensivo, sem uso de violência ou grave ameaça, puníveis com penas de detenção (regime semiaberto e aberto), a maioria dos episódios é de aplicação do regime de internação em leitos coletivos, que se aproximam bastante do protótipo das celas das penitenciárias (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

Nestes casos em que é determinado pelo juízo que o louco infrator seja internado compulsoriamente “o crime já não é mais um problema de Direito e Moral, mas da medicina e dos terapeutas” (SZASZ, 1980, p. 15). O Estado fez das medidas de segurança uma alternativa de isentá-lo do papel de promotor da assistência social, transferindo a responsabilidade de tutelar os incapazes para o setor da saúde pública, este tão precário quanto o sistema carcerário nacional.

A internação nos hospitais de custódia, por possuir características do sistema prisional, contribui para que o paciente, além de carregar consigo o estereótipo de louco, seja reputado como presidiário. O preconceito por vezes vem até mesmo do seio familiar, que sem orientação adequada, exclui o indivíduo de seu âmago, não o acompanha na execução da medida aplicada e assim até mesmo desconhece as violências que ele venha a sofrer nos hospitais de custódia. Esta exclusão dificulta a ressocialização do louco infrator e prejudica os esforços empreendidos no seu acompanhamento por meio de ações de políticas públicas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

Não surpreende que ante esta conjuntura, quase a totalidade dos pacientes sofram violências de outros pacientes e até de funcionários, como abusos sexuais, maus-tratos, injúrias, constrangimentos, tortura psicológica. Tais formas de violência são heranças dos manicômios judiciários, preservadas com o passar dos anos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

De acordo com o referido estudo do Conselho Federal de Psicologia, em especial à quantidade de advogados presentes nos hospitais de custódia, no universo de todos os estabelecimentos visitados, apenas três – Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Sul – possuíam um único profissional deste gênero no local, revelando a escassez de assistência jurídica e ausência do acompanhamento processual das execuções dos pacientes. Um completo desserviço da defensoria pública dos estados. Nas juntas periciais sequer há advogados para acompanhamento dos exames.

Idem, apurou-se a carência de profissionais da psicologia nos hospitais de custódia, numa proporção de quarenta e cinco profissionais distribuídos nos dezoito

estabelecimentos visitados. “Na unidade em que há a menor relação psicólogo/paciente, temos um profissional da psicologia para cada 21 (vinte e um) presos/pacientes e, na maior relação temos, inacreditáveis 104 presos/pacientes por profissional da psicologia” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 17).

Nos dezoito estabelecimentos que foram objetos da pesquisa, o Conselho Federal de Psicologia vislumbrou 2.864 pacientes internados, sendo que “em sete, dos dezessete manicômios pesquisados, há superlotação, que varia de 110% da capacidade de vagas instaladas a 410%” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 17). Esta condição de superlotação se aproxima do cenário encontrado nos estabelecimentos prisionais, além das condições de higiene e conservação do local, que também nivelam ambas as instituições.

Brota destes dados uma “anti-humanização” dos pacientes, pois, neste cenário não há uma perspectiva de futuro se estes estão à mercê de terceiros, privados de iniciativa pessoal quanto à própria vida, com seu dia a dia fracionado e controlado por regras e horários generalizados – que não podem sofrer objeções -, sem consideração às suas necessidades pessoais. As circunstâncias expõem um modo de viver em cárcere, característico dos asilos psiquiátricos, sem qualquer expectativa de interrupção da medida de segurança.

Em consequência do saturado conceito de periculosidade – o qual será revisto ainda neste estudo nos próximos capítulos -, e da cultura do Estado em vigiar e punir, este na figura do juiz togado, ainda insiste em dificultar as desinternações, causando sofrimento psíquico e emocional ao louco infrator, desmotivando-o a crer na sua reinserção social – isto quando o indivíduo ainda é dotado de algum sentimento de motivação. Comprova-se tal assertiva com a incomensurável quantia de pacientes com laudo de cessação de periculosidade, pós-perícia, com resultado positivo ao rompimento da execução.

“Em apenas 17% dos casos são cumpridos os prazos de periodicidade para os exames de cessação de periculosidade, que é anual, segundo os artigos 97, §§ 1º e 2º do Código Penal e artigos 175 e 176 da Lei de Execução Penal. Em 35,29%, ou em mais de um a cada três casos, não é cumprida a periodicidade estabelecida em lei” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 19).

Exsurge deste compilado de fatos que os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico são uma forma implícita que o Estado encontrou de cometer genocídios indiretos com os marginalizados - a fim de se abster das suas atribuições constitucionais - e com todos os descomedimentos que ocorrem nas unidades prisionais. As internações dos infratores portadores de insanidade mental é uma forma de extermínio, um verdadeiro holocausto brasileiro – referência à obra literária brasileira lançada em 2013, na qual são retratados os maus-tratos ocorridos no Hospital Colônia de Barbacena, antes o maior manicômio brasileiro, atualmente, um dos maiores hospitais de custódia do país.

Destarte, o relatório confeccionado pelo Conselho Federal de Psicologia de 2015, retrata nada menos que uma higienização social, na qual a violência, a tortura e a privação da liberdade são justificadas e incontestáveis devido à obrigação do Estado de punir e garantir a ordem social, enquanto os loucos infratores suplicam pela prática urgente de outra nova e eficiente reforma nos hospitais de custódia, mediante de um maior investimento do Estado.

CAPÍTULO II – TUTELA JURÍDICA

No tocante à legislação brasileira, deve-se atentar aos Códigos Penais ao longo do tempo, os quais iniciaram a imposição de sanções aos ditos "loucos criminosos". Os Códigos de 1830, 1890 e 1940, além da reforma penal, ocorrida em 1984, serão considerados a fim de compreender como a norma penal se desenvolveu no Brasil, através da história, para julgar as pessoas com transtornos mentais autoras de práticas ilícitas.

2.1 A legislação penal brasileira: o louco infrator sob a ótica do Código Penal e da Lei de Execução Penal

O “Código Criminal do Império do Brazil”, assim chamado o códex repressivo inaugural, sancionado pelo Imperador Dom Pedro I em 16 de dezembro de 1830, seguia os preceitos da Escola Clássica do Direito Penal (ALVES, 1998), e sofreu influência do liberalismo da Constituição Federal de 1824, do Código Francês de 1810 e o Napolitano de 1819. Naquele período acima descrito, os ditos loucos recebiam tratamento de acordo com sua condição social, ou seja, cada um valia o que possuía; uma forma pejorativa e preconceituosa que era permitida por lei. Tirá-los das ruas e transportá-los às Santas Casas de Saúde era atribuição da polícia, e não do Poder Judiciário (PERES, 2002).

Tendo em conta este contexto sub-humano, não é difícil crer que esta foi a primeira vez que a legislação criminal brasileira tutelou sobre os loucos infratores. Inexistiam naquela época instituições específicas para abrigá-los, então não restava alternativa senão encaminhá-los para as Santas Casas de Misericórdia, até mesmo

junto a outras pessoas que portavam enfermidades contagiosas. O referido Código Criminal instituía, no seu artigo 12: "Os loucos que tiverem cometido crimes serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente".

Esta conveniência significava que a providência a ser tomada pelo juízo era baseada nos parâmetros que o magistrado entendia pertinentes, isto é, não era necessário fundamento em lei específica para que ele diligenciasse sobre a situação do louco infrator (FÜHRER, 2000). Ante a escassez de estabelecimentos adequados para efetuar os acolhimentos, estes eram realizados nas Casas de Correção, como se fossem Santas Casas de Misericórdia, mas "com suas divisões para os criminosos que enlouqueciam enquanto cumpriam penas", constituíam os "antecedentes dos manicômios judiciários" (JACOBINA, 1982, p. 49).

Já o Código Penal de 1890, o primogênito do Brasil República, impôs alterações em seus artigos quanto aos loucos infratores. O seu artigo 27 narrava que, "não são criminosos os que por imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil forem absolutamente incapazes de compreensão e os que se acharem em estado de completa privação dos sentidos e da inteligência no ato de cometer o crime" (CORRÊA, 1999, p. 117). O artigo 29 complementava: "Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim exigir para a segurança do público".

Nesta esfera, pode-se observar que pela primeira vez foi utilizado o conceito de periculosidade, mesmo que assim não o fosse chamado. Se verificada a "periculosidade" do infrator, caberia a ele a internação, caso contrário, ele retornaria ao convívio familiar, o que hoje seria o regime de internação compulsória e o ambulatorial, respectivamente.

Neste mesmo diploma repressivo de 1890, a imputabilidade do agente surge como um novo elemento para determinar quais criminosos estariam passíveis de cumprir penas ou não. Conforme a lei penal de 1890, devido a sua inimputabilidade, o conceito de crime não seria aplicável ao dito louco, designando

sua condução ao Hospício de Alienados, com fulcro em seu artigo 20. Nesta época tornaram-se populares os movimentos promovidos pelos alienistas, visando à construção de manicômios judiciários (PERES, 2002).

Posteriormente, surge o Código Penal de 1940, na vigência do chamado Estado Novo, governado pelo então presidente Getúlio Vargas, dotado de caráter nazifascista pelas influências herdadas da Segunda Guerra Mundial que acontecia naquela época, este código foi redigido de acordo Decreto-Lei nº 2.848/40. O artigo 22 referia-se loucos infratores como irresponsáveis:

Art. 22. É isento de pena o agente que, por doença mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se com esse entendimento. Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude da perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Foi este mesmo código que inovou com a criação da medida de segurança, porém esta só poderia ser aplicada após o delito, e não de modo antecipado, como forma de prevenção a conduta ilícita. Além disso, a periculosidade do autor era presumida com a constatação de sua condição de irresponsável, conforme os artigos 76 e seguintes. A medida de segurança nestas circunstâncias era imposta ao irresponsável por tempo indeterminado, até que cessasse sua periculosidade. Contudo, neste critério se encontrava o maior problema, a doença mental não tem cura, e enquanto sua manifestação persistia, atribuía-se ao louco infrator o caráter de perigoso.

As medidas de segurança foram divididas em duas espécies na parte especial do Código de 1940: a medida patrimonial ou pessoal que exigia a internação em manicômio, bem como o confisco dos bens do louco infrator; e a medida que poderia ser de detenção ou não detentiva, na detentiva caberia internação em manicômio, casa de custódia ou colônia agrícola, semelhante aos regimes fechado e semiaberto; na outra, não detentiva, o infrator era proibido de frequentar certos locais e submetia-se a uma liberdade vigiada, algo parecido com

as condições de suspensão condicional do processo e do sursis (suspensão da pena) (CORRÊA, 1999).

No entanto, com a reforma penal ocorrida em 1984, foram abolidas as medidas de caráter patrimonial e pessoal, permanecendo a medida detentiva ou não detentiva chamada atualmente de internação compulsória e tratamento ambulatorial, respectivamente. Assim, a medida de segurança foi inserida e direcionada na seara criminal para reeducar e ressocializar um grupo de criminosos em especial, os doentes mentais considerados perigosos demais para conviver em sociedade (PERES, 2002).

A reforma de 1984 fez com que o Código Penal adotasse o sistema vicariante, melhor dizendo, ou se cumpriria a pena ou a medida de segurança, ao contrário do modelo anterior do duplo binário em que se cumpriam ambas a pena e a medida de segurança cumulativamente. Para a pena, o critério passou a ser a culpabilidade do agente. Quanto à medida de segurança, a periculosidade e a inimputabilidade do agente tornaram-se os requisitos para sua aplicação, haja vista que com a inimputabilidade inexistente a culpabilidade (MIRABETE, 2002).

Em retomada a abordagem da reforma de 1984, naquele mesmo ano vigorava a Lei de Execuções Penais – LEP, com o intuito de organizar os regimes e os estabelecimentos prisionais, em contrapartida aos ditames da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da qual o Brasil é signatário, buscando oferecer condições dignas de tratamento aos infratores inimputáveis. A LEP trata das condições em que devem ser aplicadas as medidas de segurança na fase de execução, dos seus artigos 171 a 174, bem como a verificação da cessação de periculosidade do agente, do artigo 175 ao artigo 179.

O Código penal vigente dispõe em seu artigo 99 que, o internado será recolhido em estabelecimento adequado, de características hospitalares e submetido a tratamento. Estes são os direitos do internado inimputável. Por conseguinte, infere-se que as instituições específicas para o cumprimento das medidas de segurança sejam de cunho hospitalar. Todavia, ainda que sejam estabelecimentos hospitalares da rede pública, conforme a legislação penal, estes

não integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), mas o Sistema Carcerário. Portanto, os estabelecimentos de custódia não são regidos pelos princípios das Leis nº 8.080 e 8.142/1990, que instituíram e regulamentam o SUS, mas pelos princípios da LEP.

Faz-se pertinente trazer à baila que esta contradição é uma máxima dos obstáculos enfrentados pelos hospitais de custódia, evidenciando que o local onde é dispensado o tratamento aos pacientes equipara-se às unidades carcerárias de execução criminal. A confirmação deste raciocínio está explícito na Resolução nº 3, de 23 de setembro de 2005, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) do Ministério da Justiça, nos seus Anexos III e IV, os hospitais de custódia são "estabelecimentos penais destinados a abrigar pessoas submetidas à medida de segurança".

2.2 As influências da Lei nº 10.216/2001 sobre a legislação penal

A Lei nº 10.216, de 2001 surgiu como um projeto de lei apresentado à mesa do Congresso Nacional, pelo então deputado na época, Paulo Delgado. A referida legislação tem cunho progressista, como se verá adiante, ainda que sofresse várias modificações em seu trâmite de aprovação.

A Lei nº 10.216/01, conforme seu próprio texto diz, altera o padrão de assistência psiquiátrica no Brasil em relação aos portadores de doença mental, garantido proteção aos direitos destas pessoas, e priorizando o tratamento comunitário e ambulatorial em vez da internação compulsória, aplicando-se esta apenas em último caso. Entretanto, o estatuto peca em alguns aspectos que foram ignorados pelo legislador, a título de exemplo, não oferecer métodos claros e inteligíveis para que ocorra a extinção gradativa dos manicômios. "Por si só, a iniciativa da lei não passará de mais uma norma sem efetividade" (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011, p. 59).

O artigo 4º da Lei 10.216/01 desautoriza qualquer possibilidade de internação dos inimputáveis em estabelecimentos asilares. Contudo, não há na carta uma distinção do que seria este tipo de estabelecimento. Além disso, tal dispositivo

contraria o artigo 97 do Código Penal Brasileiro, em razão deste não priorizar o tratamento ambulatorial ou comunitário, mas sobrepõe à internação em relação a estes últimos.

O Tribunal de Justiça de Minas Gerais tem firmado posição contrária ao Código Penal neste sentido, vez que nesta unidade federativa há a existência de uma política pública que prioriza o tratamento ambulatorial e comunitário – como será demonstrado adiante -, com a finalidade de afastar a ideia de castigo trazida pela medida de segurança:

EMENTA: APELAÇÃO CRIMINAL - CÁRCERE PRIVADO QUALIFICADO (ART. 148, §1º, IV, DO CÓDIGO PENAL) - SEMI-IMPUTABILIDADE DO ACUSADO, RECONHECIDA EM INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL INSTAURADO APÓS A PROLAÇÃO DA SENTENÇA CONDENATÓRIA - SUBSTITUIÇÃO DA PENA CORPORAL POR MEDIDA DE SEGURANÇA - POSSIBILIDADE - ALCOOLISMO CRÔNICO - TRATAMENTO CURATIVO NECESSÁRIO - CRIME APENADO COM RECLUSÃO - TRATAMENTO AMBULATORIAL - POSSIBILIDADE, IN CASU - PERICULOSIDADE DO ACUSADO NÃO DEMONSTRADA. - Demonstrada nos autos a semi-imputabilidade do acusado ao tempo dos fatos, em razão de severa condição de alcoólatra, é possível a substituição da pena privativa de liberdade por medida de segurança em estabelecimento apropriado, nos termos dos art. 26, parágrafo único, e 98, ambos do Código Penal. - Em circunstâncias excepcionais, a jurisprudência desta Corte tem admitido a substituição da medida de internação pelo tratamento ambulatorial, mesmo nos crimes apenados com reclusão, desde que as condições do agente revelem ser esta a medida mais adequada para a obtenção de uma resposta curativa que proporcionará resultados positivos não apenas para si, mas também para a sociedade, que poderá recolher, em condições harmônicas, um de seus membros, autor de crime. (TJMG - Apelação Criminal 1.0024.11.310917-7/001, Relator (a): Des.(a) Agostinho Gomes de Azevedo, 2017, grifos nossos).

No ano de 2007, o Brasil assinou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU), com aprovação da bancada congressista na forma do art. 5º, § 3º da Constituição Federal: “§ 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais.” A influência para que o país fosse signatário desta convenção surgiu da Lei nº 10.216/01. Isto é, apesar de exercer influência a fim de que o Estado brasileiro seja signatário de um tratado

internacional, a Lei da Reforma Manicomial é rasa em sua efetividade frente à legislação penal que, por seu turno, sofreu sua última grande reestruturação em 1984.

Mesmo que a referida lei, por ser mais recente, revogue os efeitos do Código Penal acerca da internação, pela sua anterioridade, este fator não deve ser interpretado, quanto à matéria manicomial, isoladamente, pois o diploma repressivo foi constituído sob a premissa de um padrão manicomial, hoje considerado um atentado à dignidade humana.

Atualmente, encontra-se em trâmite nas casas do Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.473/2000, com o intuito de reformular o Código Penal. Segundo este projeto de lei, se apresentada melhora no quadro clínico do paciente internado, o juízo tem a liberdade de lhe conceder a chamada internação progressiva, ou seja, a sua saída temporária acompanhada de alguns direitos como visita ao seu lar, participar de atividades que contribuam para sua ressocialização, neste caso é indispensável que a instituição de custódia continue o acompanhando.

Caso o avanço da desinternação progressiva quedasse positivo por meio de exame pericial, haveria possibilidade de autorização do juízo para que o paciente fosse transferido para a medida consistente no tratamento ambulatorial, e ouvido o Ministério Público. Ora se tal rito não remete ao instituto da progressão de regime (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

Conforme assevera Tânia Marchewka (2002), tal medida faz alusão ao conceito de periculosidade do agente cumpridor da medida de segurança. O artigo 97 do referido projeto dispõe que a alta, em qualquer circunstância, comportará o tratamento ambulatorial em vez da desinternação do paciente que encerraria o vínculo dele com a medida, assim, sob a ótica da justiça, nunca restará cessada a periculosidade do agente.

Se, no decurso de um ano da alta do agente, este praticar alguma conduta que indique a persistência das manifestações do distúrbio mental, a internação anterior seria restabelecida. De forma mais clara, conforme o Projeto de Lei nº 3.473/2000, a medida de segurança se tornaria uma espécie de prisão

perpétua – situação na qual o inimputável conviveria com a sensação de que poderá ser submetido novamente à internação, a qualquer momento (artigo 97 e parágrafos do Projeto de Lei 3.743/2000).

Quanto ao período de duração da medida de segurança, segundo o projeto de lei em discussão, este lapso não poderia superar o máximo da pena em abstrato prevista do crime em tela. Neste teor, mais uma vez se tem uma clara analogia do legislador ao instituto da pena, pois ele se desatentou ao fato de que a Reforma Penal de 1984 suprimiu o sistema duplo binário da legislação criminal brasileira, e aplicou o sistema vicariante, isto é, antes da reforma, o semi-imputável cumpriria de início a pena privativa de liberdade e, ao seu final, se configurada a permanência da periculosidade, aquele seria submetido a uma medida de segurança. O atual sistema unitário pode ser traduzido como aquele no qual o acusado executa sua pena ou é submetido à medida de segurança, se for o caso, mas não lhe é determinado que cumpra ambos de forma cumulativa. Neste raciocínio, a teor da proposta do projeto, questiona-se: então, por que vincular a medida de segurança à pena? A resposta para esta indagação é que há um nítido despreparado dos nossos legisladores para versarem sobre o tema, sendo que grande parte deles não é dotado de ínfimo conhecimento sobre o direito brasileiro (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

Segundo o artigo 98-A do projeto de lei supra, caso o semi-imputável carecer de tratamento, a pena restritiva de liberdade seria substituída pela medida de segurança. Se o infrator é semi-imputável, por que não aplicar desde início a medida de segurança mais adequada? Observa-se que o legislador permanece fixado no contexto da periculosidade, ideia já superada pela psiquiatria moderna, atualmente trata-se de um conceito defasado e vinculado aos manicômios do século retrasado (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

Além de que, se perdurada a internação generalizada, por prazo igual ao tempo de cumprimento da pena do ilícito cometido pelo louco infrator, desconsiderando a melhora de seu quadro clínico e outros critérios subjetivos, significa ferir os princípios da proporcionalidade e da dignidade da pessoa humana, tornando os pacientes “reféns dos discursos clínico-criminológicos e administrativo-

disciplinares, construídos no positivismo criminológico” (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011, p. 54).

CAPÍTULO III – A REFORMA DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS

Apesar da reforma que converteu os Manicômios Judiciários em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ainda é necessária uma participação mais efetiva do Estado, de modo que haja uma atuação frequente dos órgãos jurisdicionais e do Ministério Público no âmbito da saúde pública, bem como uma maior promoção de políticas públicas como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI, os quais têm se mostrado bastante eficientes, mesmo diante de inúmeras dificuldades.

3.1 A necessidade de intervenção do Ministério Público e da existência de políticas públicas frente ao campo da atenção psicossocial

A Lei nº 7.853/89 cuida, conforme seu texto, do apoio às pessoas portadoras de deficiência, reafirmando ao Ministério Público a função custo legis (fiscal da lei), devendo este órgão intervir nas ações que envolvam incapazes, sejam elas públicas coletivas ou individuais, a fim de tutelar os interesses destes indivíduos.

A Lei 10.216/01, em seu artigo 8º, §1º, dispõe sobre a atuação do Ministério Público Estadual em atenção à fiscalização das internações psiquiátricas involuntárias:

A internação involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável

técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

No entanto, a atuação do Ministério Público não é estrita neste contexto, tendo em vista que ao lado dos familiares, dos profissionais da saúde, dos Conselhos de Saúde e da Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, o órgão ministerial é o agente que detém maior força para que as políticas públicas se façam mais efetivas, com o intuito de que os pacientes se identifiquem como cidadãos integrados à sociedade (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

Todavia, a formação convencional, por si só, dos membros dos órgãos e profissionais da saúde e social, em conjunto com o Ministério Público, não abrange assuntos e competências satisfatoriamente voltados para a atenção quanto à saúde psíquica e mental do paciente, tendo em vista o binômio “transtorno mental/crime”, pois deveria haver tanto uma maior capacitação voltada para a seara jurídica, quanto voltada para o âmbito da saúde, isto prejudica a existência digna de uma orientação profissional que contribua para que o paciente tenha acesso a direitos básicos, sendo o direito à saúde o mais importante (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

Muito além da formação e capacitação profissional apropriada, torna-se imprescindível que haja políticas públicas eficazes para suprir à demanda de tratamentos, assim como é fundamental o investimento satisfatório do Estado para manter e aprimorar os programas sociais voltados à saúde mental dos infratores. Nesta conjuntura, os estados de Goiás e Minas Gerais, em conformidade com os ditames da reforma psiquiátrica, têm sido exemplos de desenvolvedores de políticas centradas na atenção jurídica e psicossocial à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

Em Minas Gerais foi criado o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), iniciativa do Tribunal de Justiça/MG em parceria com o Sistema Único de Saúde (Portaria Conjunta nº 25/2001). Mesmo que sua instituição tenha ocorrido em 1999, período anterior a 2001, ano da reforma psiquiátrica, a inovação

trazida pelo PAI é a conformidade aos princípios antimanicomiais e dos direitos humanos, atentando-se a peculiaridade de cada caso. As influências decorreram da Lei Estadual 11.802/95, dispositivo legal anterior ao PAI-PJ que já tratava sobre a necessidade de reformulação do sistema de tratamento psiquiátrico no estado supradito (BARROS-BRISSET, 2010).

A função do PAI-PJ consiste em oferecer atenção total originada de diversos setores, principalmente, o setor jurídico e da saúde, tendo em conta a particularidade de cada medida sancionada a cada indivíduo que foi encaminhado ao programa, seja pelo juízo ou por outros órgãos responsáveis (BARROS-BRISSET, 2010).

A equipe envolvida no PAI-PJ é composta por psicólogos, profissionais da área jurídica e social, sendo que há duas frentes principais de atuação para uma distribuição de tarefas mais efetiva: aqueles profissionais que trabalham em auxílio do juízo e aqueles que se relacionam diretamente ao paciente. Os resultados obtidos pelo PAI-PJ, desde sua instituição, evidenciam os resultados da proposta, conforme os seguintes dados:

Desde sua implantação, 755 casos foram acolhidos pelo Programa e receberam tratamento adequado ao sofrimento mental até cessar suas relações com a Justiça. 489 casos já foram desligados do Programa. Dados de agosto de 2009 mostram que, atualmente, 266 pacientes encontram-se em acompanhamento. Desses, 210 encontram-se em liberdade, realizam seu tratamento nos dispositivos substitutivos ao manicômio e residem junto aos familiares, em pensões, sozinhos ou em residências terapêuticas da cidade. Os índices de reincidência, os casos atendidos pelo Programa, é muito baixo, girando em torno de 2% em crimes de menor gravidade e contra o patrimônio. Não há registro de reincidência de crimes hediondos. (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011, p. 78).

Diante a notoriedade alcançada pelo PAI-PJ, este motivou o estado de Goiás a implantar um programa de atendimento à pessoa com transtorno mental envolvida em práticas ilícitas, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI. Inaugurado em 2003, seu propósito era realizar o senso das execuções penais no referido estado. Entretanto, o Ministério Público do Estado de Goiás e

outros órgãos ligados à saúde, insatisfeitos com o quadro de numerosos recolhimentos de loucos infratores em unidades prisionais, pressionaram o estado a firmar o programa de um modo mais abrangente quanto à saúde mental (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

Preocupados com o êxito do PAILI, os órgãos envolvidos tiveram que instituir um diálogo entre si para discutir a premissa de que, se a medida de segurança não é punitiva, com fulcro na lei penal, então seu caráter terapêutico predominaria. Então, o destino do programa já não era mais de competência da segurança pública, mas da saúde pública, em outras palavras, não deveria ser a unidade prisional ou o manicômio judiciário o destino dos loucos infratores submetidos a internações compulsórias, mas unidades de saúde e tratamento psiquiátrico (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

O processo de execução de uma medida provisória em si, tem o caráter jurisdicional, a partir da medida é determinado ao paciente o regime ambulatorial ou de internação compulsória, porém, não cabe ao juízo determinar se o tratamento dispensado ao paciente será o método x ou y, pois esta atribuição em específico é do profissional da saúde. Inclusive, é a Lei nº 10.2016/01, que determina a indispensabilidade de laudo médico para que o juízo promova a internação compulsória.

A proteção jurisdicional neste caso, nada mais é do que uma prerrogativa constitucional do executado, para que no decorrer do cumprimento da medida, o juízo observe com cautela se o tratamento aplicado pelo médico ao indivíduo corrompeu-se por excessos e desvios (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

Contudo, ainda são inúmeros os problemas enfrentados pelo estado goiano para a plena efetividade do PAILI. Desde sua implantação, em 2006, até o ano de 2009, não houve o atendimento de todos os pacientes encaminhados, haja vista que nem todos os municípios do estado possuem convênio com o programa, o que é essencial, já que seu caráter é de saúde municipalizada. Dos 140 pacientes encaminhados no período mencionado, apenas 113 tiveram um acompanhamento (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

O estado de Goiás não possui hospitais de custódia, portanto, quando se faz necessária a realização de uma internação compulsória, esta é realizada em unidades psiquiátricas particulares que tenham convênio com o Sistema Único de Saúde. Calha ressaltar que as internações sempre são determinadas pelo juízo na modalidade compulsória, por se tratarem de casos mais complexos nos quais não resta alternativa (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

Convém relatar que o PAILI não utiliza do conceito defasado de periculosidade, muito menos faz deste um fator para atestar a desinternação de um paciente, uma vez que a medida de segurança no PAILI não está atrelada ao conceito de sanção penal. O laudo de avaliação social, confeccionado pelos profissionais da saúde mental é a base para que o juízo determine ou não a necessidade de continuidade da medida, e a possibilidade de desligamento do indivíduo da política pública. Isto porque o magistrado não é necessariamente dotado de conhecimento médico em saúde mental (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

Dentre os 246 municípios do estado de Goiás, tão somente 31 das administrações destes municípios aderiram ao PAILI, isto é, 12,6% do estado participam do convênio, o que é preocupante, pois demonstra que as administrações municipais estão descompromissadas com a saúde e a segurança pública, bem como não vislumbram que um programa deste nível contribui não só para aqueles que cumprem as medidas de segurança, mas a sociedade no geral (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

3.2 As dificuldades de desinternação por omissão do Estado

Basear-se na necessidade do indivíduo portador de doença mental, este deveria ser o parâmetro para que o juízo decrete a medida adequada. Ora, se o agente não é inimputável, não há crime. Entretanto, a realidade é que, mesmo que não haja caráter de sanção na medida de segurança, considera-se sempre a gravidade do ilícito penal, isto é, dispensa-se a necessidade de verificar em determinado caso, se nele cabe a medida de internação ou ambulatorial a partir das particularidades do louco infrator.

Como dissertado em momentos anteriores, o HTCP é o local onde são cumpridas as medidas de segurança, de internação ou ambulatorial, e, segundo a Lei de Execução Penal, esta espécie de estabelecimento de saúde configura o rol de instituições partícipes do sistema prisional. Acontece que os HTCP são locais para tratamento terapêutico, logo deveriam integrar o sistema de saúde mental público. A partir disto, temos que as medidas de segurança são dotadas de vícios no sistema jurídico brasileiro.

Do mesmo modo que o indivíduo sofre os mais diversos atentados à sua dignidade no regime de internação, ele também o sofre quanto à sua desinternação. Não há na legislação penal brasileira a adoção de um método progressivo de desinternação como ocorre com as penas privativas de liberdade – regime fechado, regime semiaberto, regime aberto. Na internação compulsória, o paciente encontra-se enclausurado durante todo o cumprimento da medida por tempo indeterminado, o que se pode equiparar à prisão perpétua.

Unidades de saúde com resquícios do sistema carcerário, assim poderiam ser chamados os hospitais de custódia. Os HTCPs denunciam uma situação de sobrecarga e falência, além de realizar suas funções de tratamento psiquiátrico e custódia dos internados, as unidades asilam desinternados. Os motivos são diversos, a maioria dos desabrigados não tem mais laços sociais e familiares, alguns devido ao grande tempo de internação, não possuem uma perspectiva de vida, por puro preconceito da sociedade, outros acabam por se tornarem sem tetos, marginalizados, isto é, abandonados e improdutivos sob o prisma capitalista (FOUCAULT, 2010). Melhor dizendo, os hospitais de custódia continuam portando as mesmas funções dos manicômios de séculos atrás: retirar das ruas pessoas marginalizadas e consideradas perigosas, rejeitadas pela sociedade, reputadas como improdutivas, um mecanismo subentendido de higienização.

Por meio de estudo realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Bahia – HTCP/BA, o único desta espécie do estado, houve a colheita de dados de pacientes que estiveram em processo de desinternação, a fim de verificar quais as consequências no final da aplicação da medida de segurança de internação. Neste contexto, foram objeto de estudo 17 pacientes judiciários em

condições favoráveis à desinternação - que se encontravam em situação de abandono familiar - no lapso compreendido entre outubro de 2012 e março de 2013, no HCTP/BA. Estes 17 pacientes se encontravam enclausurados, visto que a internação compulsória priva-os da liberdade de locomoção. Estes 17 pacientes faziam parte de um total de 85 pessoas recolhidas na instituição, sendo 12 o número de mulheres e 73 o número de homens. Este é um fato que não pode passar despercebido, pois assim como na população carcerária, a maioria dos pacientes dos hospitais de custódia são do sexo masculino, tal constatação merece atenção porque mais uma vez verifica-se a proximidade dos hospitais de custódia ao sistema prisional (PRADO; SCHINDLER, 2017).

A problemática da desinternação toma proporções enormes, que nada contribuem para uma perspectiva otimista dos pacientes a espera de uma avaliação deferindo seu desligamento da medida. Daqueles 17 pacientes, quatro aguardavam a conversão da internação em tratamento ambulatorial, quanto ao encerramento da execução de medida esta se referia aos outros treze pacientes. Destes treze pacientes, dois ansiavam por nova avaliação do juízo que deferisse ou não suas desinternações. Entretanto, suas chances de serem desobrigados a continuar a execução da medida de segurança eram mínimas, tendo em vista que não havia uma nova instituição apropriada para lhes acolher (PRADO; SCHINDLER, 2017).

O suporte do núcleo familiar é crucial quando se aborda a questão da desinternação. O indivíduo portador de doença mental enquanto um ser humano excluído do convívio familiar não tem também o apoio de sua comunidade, torna-se vulnerável em todos os aspectos - econômico, social, político, religioso. Dentre aquele grupo composto por 17 pacientes, haviam dois deles com aproximadamente trinta anos de internação devido ao abandono social e familiar, deste modo somente a instituição de custódia poderia oferecer condições para suprir suas necessidades mais básicas, garantindo-lhe ao menos uma condição de vida razoável, haja vista que neste contexto de desamparo não há possibilidade de ressocialização em qualquer nível (PRADO; SCHINDLER, 2017).

Ainda sobre os 17 pacientes, inferiu-se que a equipe psicossocial da unidade não obteve êxito nas tentativas frustradas de localizar os familiares e

amigos de nove deles, e somente há algum contato com parentes de oito internados, ou seja, nove internos estavam em situação de completo abandono. Pessoas com baixo poder aquisitivo, literalmente classificadas como miseráveis compõe a população de internados dos HCTPs. Há casos em que a rejeição familiar se deve a reiteradas internações, estas ocorrem devido a práticas ilícitas que loucos infratores sempre tendem a repetir, há outros casos que causam extrema revolta, em que o paciente depende de algum benefício da seguridade social e os familiares utilizam deste para prover seu sustento, enquanto o internado padece em circunstâncias sub-humanas no hospital de custódia (PRADO; SCHINDLER, 2017).

Houve a descoberta de um caso no qual os cidadãos da cidade natal do paciente promoveram um abaixo-assinado, exigindo a Secretaria de Administração Penitenciária que proibisse o reingresso do paciente na localidade. A presente situação ratifica outra vez o caráter segregador e punitivo da medida de segurança, pois a coletividade abrange os mais leigos e sua ignorância acerca do conhecimento jurídico, acrescido ao preconceito, faz com que o internado sofra com sua má-fama de ex-presidiário, ex-internado e, sobretudo louco e perturbador da paz social. Insta frisar novamente que os hospitais de custódia ainda exercem a mesma função dos manicômios de isentar o Estado da sua obrigação de tutelar os marginalizados. Dessa maneira, não resta opção aos loucos infratores a não ser permanecerem enclausurados e invisíveis (PRADO; SCHINDLER, 2017).

3.3 A necessidade de uma nova reforma nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Diante do contexto apresentado tem-se constatado que ainda persiste a ideologia manicomial nos hospitais chamados de custódia e tratamento psiquiátrico. Portanto, a tão almejada, defendida e divulgada reforma dessa ideologia não passou da teoria, já que a prática tem apontado e revelado dados assustadores de um sistema ainda enraizado no modelo tradicional que desafia os ideais humanitários.

Como exemplo dessa realidade, merece transcrever a seguinte fala: “Gostariam de ser tratados como seres humanos, mas são tratados como bichos” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 155), conforme relatos dos

pacientes no Relatório Inspeções aos Manicômios, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia - utilizado neste subitem para demonstrar a necessidade de uma nova reforma. Grande parte dos pacientes não participa da comunidade, muitos são rejeitados pela família; há até casos em que o paciente praticou homicídio contra alguma familiar. Há pacientes com aproximadamente de 27 anos de internação, um número espantoso.

Constata-se que, ainda, são grandes os obstáculos na luta manicomial e que a reforma proposta pela Lei nº 10.216/01 de fato não ocorreu na prática. Quanto à estrutura das instituições visitadas para confecção do relatório supramencionado, dos 17 HCTPs visitados, 12% estão na área rural e 41% na periferia, sendo que 21% em áreas de difícil acesso (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

As 17 instituições, somadas, oferecem 2.284 vagas; na época do estudo havia 2.864 pacientes internados nelas. Destas unidades, oito estavam com lotação acima da capacidade, sendo elas o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco; Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Bahia; Presídio Regional Antônio Garrote (Itumbiara/GO); Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará; Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina; Estabelecimento Penal Jair Ferreira de Carvalho (Mato Grosso do Sul); Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe; Hospital Nina Rodrigues (Maranhão). O universo de vagas masculinas chega a ter capacidade 10 vezes maior que as femininas, pois compõe a maioria dos pacientes (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

O Hospital Nina Rodrigues, no estado do Maranhão, dispõe de 20 vagas, entretanto, sua população, na época do estudo, consistia em 82 internados. O HCTP de Pernambuco tem capacidade para abrigar 320 pacientes, contudo, sua população de internados chegou a impressionante marca de 584 pacientes (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

Em relação aos recursos humanos, o Presídio Regional Antônio Garrote, zona rural de Itumbiara/GO possui a proporção de um funcionário para cada seis pacientes, o que significa uma grande sobrecarga. De 17 estabelecimentos, em

apenas dois as condições físicas de instalações encontravam-se adequadas, todavia não poderiam ser considerados como centros de referência (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

A respeito do ambiente físico de 17 instituições avaliadas: 24 % têm iluminação tida como adequada; 47% têm ventilação apropriada; 6% têm temperatura amena; 53% têm instalações insatisfatórias de dormitório, 12% das camas tinham condições adequadas; 12% têm limpeza satisfatória; 18% dos edifícios têm boa conservação; 65% dos mobiliários estavam deteriorados; 76% dos banheiros estavam em desconformidade; 61% possuem acomodações em celas; 18% possuem acomodações em alojamentos; de 18 HCTPs somente 18% têm acomodações em quartos e coletivas; de 17 HCTPs 59% detêm espaços de contenção e isolamento, 59% têm espaços separados para homens e mulheres (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

No Presídio Regional Antônio Garrote, zona rural de Itumbiara/GO, dos 584 pacientes, 211 cumpriam medidas de segurança. De 12 HCTPs, em 4 não houve exames de insanidade no último mês anterior à pesquisa; de 13 HTCPs, em 2 deles houve realização de exames toxicológicos no último mês. Nos HCTPs, a maioria dos internados é inimputável, e em apenas quatro há semi-imputáveis. Em 10 dos HCTPs há pacientes que aguardam a realização de alguma espécie de exame. Em 4 dos estabelecimentos há pacientes que aguardam a realização de exame de sanidade mental, e em 7 deles há pacientes a espera do exame de cessação de periculosidade (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

Do total de 17 hospitais de custódia, 35% tem tratamento ambulatorial especializado interno, 41% possuem pacientes internados para realização de exames. Em 6% dos HCTPs foram constatados casos de agressões entre pacientes e em 12% verificou-se casos de maus tratos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

No tocante aos setores de saúde, enfermagem e ambulatório, em média, apenas 6% das equipes corresponde ao número de psicólogos 1% ao número de psiquiatras forenses; não foi constatada a presença de sociólogos, farmacêuticos,

fisioterapeutas e educadores físicos. Grande parte das equipes é formada por auxiliares de enfermagem e de serviços gerais, que compõem, respectivamente, 32% e 19% das equipes. Os advogados correspondem a 2% da composição das equipes profissionais (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

Em um total de 17 unidades, há a inadequação de dispensação de medicamentos em 59% delas; em 70% delas não há projeto terapêutico individual; em 53% delas não há uso de fármaco-padrão. Registrou-se a ocorrência de óbito no último ano em 18% dos locais. Os pacientes com periculosidade cessada foram localizados em apenas seis HCTPs (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

No que concerne à ocorrência de delitos, de 17 instituições, em 47% há presença de internos que cometeram crimes menores; 30% não possuem acesso à defensoria pública. De 10 HCTPs considerados, apenas cinco possuem psicólogo em junta pericial, nunca ultrapassando a quantidade de 2 profissionais por instituição; de 8 HCTPs, 2 possuem médico clínico em junta pericial; de 9 instituições, 7 possuem médico psiquiatra em junta pericial (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015). Em média, de 17 instituições, em 18% há o cumprimento da periodicidade mínima dos exames de sanidade mental (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

No que tange aos psicólogos das instituições, em 5 delas não há presença destes profissionais. Levando-se em conta 13 HCTPs, a média é de 64 pacientes por psicólogo. No HCTP de Sergipe a média é de 104 pacientes por psicólogo, um atentado à dignidade da pessoa humana, tanto em relação ao profissional em sobrecarga, quanto ao paciente que não recebe os cuidados que lhe são devidos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015). Das teorias e técnicas utilizadas pelos psicólogos nos HCTPs: 82,35% consistem em atendimentos individuais; 58,82% consistem em dinâmicas em grupo; 52,94% consistem em oficinas; e 23,53% consistem em grupos de convivência. Considerando 17 HCTPs, em 18% ainda não há salas para atendimento psicológico; em 29% o sigilo e privacidade para tal atendimento é inadequado (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

Em relação às exigências da reforma psiquiátrica para o atendimento psicológico, 53% dos psicólogos relatam que não há o enquadramento às normas; 59% afirmam conhecer os programas PAI-PJ (TJ/MG) e PAILI/GO. De 17 HCTPs, apenas 12% obedecem ao novo modelo de atenção e cuidados em saúde mental; e 29% dos psicólogos participam da confecção e conclusão dos laudos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

Sobre as famílias dos pacientes, considerando o número de 17 HCTPs, em 12% deles há desenvolvimento de programas, projetos ou trabalhos desenvolvidos para as famílias dos internos; em 35%, não há atendimento e acompanhamento de familiares (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

Nas instituições das 18 unidades da federação visitadas, constou-se a total falta de transparência de seus gestores quanto à situação real dos internos, e o abandono gerado por administrações sucessivas. Unicamente no Maranhão, o HTCP está sob a direção da Secretaria de Saúde, os demais se encontram submetidos aos ditames da Segurança Pública, sendo que um deles é chamado de Penitenciária Psiquiátrica Forense (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015). A maioria dos HCTPs foi construída antes de 2001, e ainda revestem-se de características carcerárias:

Apesar dos inúmeros TACs, ACPs e até procedimentos judiciais determinando a desinstitucionalização dos pacientes e/ou interditando parcial ou totalmente essas instituições, elas continuam a existir e até a se multiplicar, agora cada vez menos preocupadas em adotar características pseudo-hospitalares (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 128).

Meros oito estabelecimentos informaram os Conselho Federal de Psicologia acerca de sua superlotação, o que dificultou a elaboração do estudo, não se sabe ao certo se os números utilizados até aqui são exatos e reais, portanto são os mais aproximados da realidade. Obstáculo imposto pela própria gestão dos HCTPs (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

Segundo relatos de funcionários, a internação dos pacientes da população carcerária com os demais, no mesmo espaço, contribuem para uma

convivência considerada de alto risco, com ocorrência de estupros, homicídios, violências de toda espécie e até fabricação de armas artesanais. Os funcionários também relatam o sentimento de medo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

Nos relatos dos pacientes do HCTP de Sergipe, a título de exemplo, há reclamações de má alimentação, espaço precário, indiscriminado uso do *taser* (arma de choque) - especialmente nos casos de surtos. Entre outras situações, foi encontrado um paciente em isolamento há três meses, neste lapso sua cela só teria sido higienizada por duas vezes, em decorrência disto, ele teria contraído problemas de saúde, sem condução adequada a um médico. Houve a narrativa sobre ameaças proferidas por um psiquiatra insatisfeito, em decorrência de indagações de pacientes. Segundo estes, o profissional teria dito que os deixariam ali por mais um ano ou em isolamento, se continuassem a questionar sobre o tempo de internação (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

Se, para os esclarecidos, existia alguma dúvida quanto á eficácia do regime manicomial, esta foi solvida a partir deste estudo. O Estado Brasileiro não dispõe de condições, e não dispôs em 2001 para de fato realizar a reforma psiquiátrica. A única mudança visível ocorrida foi quando a reforma do Código Penal de 1984 alterou o nome dos Manicômios Judiciários para Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

É evidente que tais estabelecimentos não atendem à proposta de tratamento psiquiátrico que justifique sua existência. Árduo se faz sustentar a premissa de que a internação prolongada corresponde a uma linha terapêutica eficiente, quanto mais convencer uma sociedade como a nossa de que, a ideia de justiça não corresponde a alojar um sujeito portador de doença mental numa prisão, em condições insalubres, enquanto ele necessita de um tratamento psiquiátrico digno.

CONCLUSÃO

O epílogo desta pesquisa faculta a cognição de que resta aos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico dois desfechos: uma nova reforma ou o fechamento de suas portas. Entretanto, sob uma ótica mais otimista, a reforma ainda se mostra uma alternativa mais viável, ao passo que os ditos loucos infratores merecem uma chance de reabilitação e reinserção no meio social.

Oferecer um cuidado adequado aos portadores de doenças mentais, que reiteradamente cometem delitos, ocasionará a cessação da manifestação do transtorno, bem como o controle deste. A patologia mental não tem cura. Porém, se o paciente se encontra assistido por políticas públicas eficientes e pelo núcleo familiar, inserido em um tratamento que respeite sua dignidade e condição enquanto ser humano, conseqüentemente haverá a interrupção das práticas ilícitas. Diferentemente do que ocorre com o louco infrator que, abandonado socialmente e pelo Estado, marginalizado, com sua vivência baseada em condições de miserabilidade, persiste no crime, pois, incapaz de compreender a potencial consciência da ilicitude do fato, nele enxerga um meio de subsistência.

No decorrer deste estudo, inferiu-se a existência: de familiares que desamparam os loucos infratores, e, em alguns casos, até mesmo utilizam do benefício assistencial dele em proveito próprio; de médicos psiquiatras que ameaçam os próprios pacientes, se omitindo quanto às informações acerca do término da execução de medidas; de comunidades que rejeitam seus conterrâneos portadores de necessidades especiais; da existência de condições insalubres de habitação e higiene dos hospitais de custódia; ainda, da presença de métodos de tratamento dos antigos manicômios, aprimorados para os dias atuais. Portanto,

nestas condições, não há qualquer expectativa de ínfima melhora destas pessoas má reputadas, difamadas pelo meio social como loucos e presidiários.

Denota-se, uma clara falta de comprometimento tanto dos profissionais da saúde, direito e social, dos familiares e das comunidades, e, principalmente do Estado brasileiro democrático de direito, o qual deveria ser o maior interessado em agir e transformar esta realidade falida, decadente e perversa com aqueles que mais sofrem preconceitos e, sequer estão aptos a compreender o contexto hediondo no qual estão subordinados.

Isto posto, todos estes setores e instituições acima deveriam estabelecer uma comunicação de modo a impulsionar mudanças na vida dos portadores de doenças mentais, uma vez que as ações sociais em conjunto com um investimento sério do Estado, de modo que convertesse o quadro dos hospitais de custódia, ocasionaria não só uma recuperação eficaz daquelas pessoas, mas também uma modificação na sociedade de forma a diminuir a taxa de criminalidade e violência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 2 out. 2018.

_____. **Decreto 847/1890, de 11 de outubro de 1890. Código Penal de 1890**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2018.

_____. **Decreto-Lei 2.848/40, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal de 1940**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 15 de abril de 2018.

_____. **Lei 7.210/84, de 11 de julho de 1984. Lei de Execução Penal**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 de julho de 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 15 de abril de 2018.

_____. **Lei 7.853/89, de 24 de outubro de 1989**. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 outubro de 1989. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm>. Acesso em: 17 de abril de 2018.

_____. **Lei 10.216/01, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 15 de abril de 2018.

_____. **Projeto de Lei 3.473/00**. Altera a parte geral do Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/PL/2000/msg1107-00.htm>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2018.

BORZACHIELLO, Assunta. Alle origini del manicomio criminale. In: PUGLIESE, Giovanna; GIORGINI, Giovanna (Org.). **Mi fermo per tutti**. Dai manicomi criminali agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, un'inchiesta e una proposta. Roma: DATANEWS, 1997.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: TJMG, 2010.

CARRARA, Sergio. **A história esquecida**: os manicômios judiciários no Brasil. Rev Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano v.20, n. 1, p. 16-29, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos Manicômios**. 1ª ed. Relatório Brasil. Brasília/DF, 2015. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web1.pdf> Acesso em 01 de maio de 2018.

CORRÊA, Josel Machado. **O doente mental e o direito**. São Paulo: Iglu, 1999.

COSTA, Augusto César de Farias. Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; ARANHA, Márcio Iório (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Coletânea de textos, v. I, p. 143-178. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **As razões da tutela**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

FIGUEIREDO, Gabriel. **O príncipe e os insanos**. São Paulo: Cortez, 1988.

FOUCAULT, Michael. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da inimputabilidade no direito penal**. São Paulo: Malheiros, 2000.

GANDOLFI, Sergio; LESCOVELLI, Manuela; MANACORDA, Alberto. Capítulo 1. Cenni storici sull'ospedale psichiatrico giudiziario. In: MANACORDA, Alberto (Org.). **Folli e reclusi**. Una ricerca sugli internati negli ospedali psichiatrici giudiziari italiani. Perugia: La casa USHER, 1988.

GRADELLA JR, Osvaldo. **O. Políticas públicas em saúde mental, familiares e usuários como atores principais**. 2012. Disponível em: <http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/295.%20pol%CDticas%20p%DAblicas%20em%20sa%DAdede%20mental.pdf>. Acesso: 10 de outubro de 2017.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. **O Asilo e a constituição da psiquiatria na Bahia**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - DMP, FAMED, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.

LOBOSQUE, Ana Marta. Loucura, ética e política: algumas questões de ordem na luta antimanicomial. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, ética e política**: escritos militantes. Brasília/ São Paulo: Conselho Federal de Psicologia/ Casa do Psicólogo, p. 20-39, 2003.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. **O movimento antimanicomial no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, v.12, n.2, p. 399-407.

2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200016&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 18 de outubro de 2017.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. **Resolução nº 3/05**, de 23 de setembro de 2005. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpscp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-n-o-3-de-11-de-marco-de-2009.pdf>>. Acesso em: 24 de outubro de 2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/01**. Brasília/DF, 2011. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2018.

MIRABETE, Julio Fabrini. **Código de processo penal interpretado**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. **A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança**. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9(2), p. 335-55, maio-ago, 2002.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**, v. 13, n. 2, p. 628-652. FGV Direito São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdgv/v13n2/1808-2432-rdgv-13-02-0628.pdf>>. Acesso em: 25 de abril de 2018.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, co-edição ABRASCO, 2001.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde mental no Brasil**. São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 2ª ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006.

SZASZ, Thomas. **Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica**. 2ª Ed. 1980.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. **Apelação Criminal 1.0024.11.310917-7/001 – APELAÇÃO CRIMINAL – 7ª CÂMARA CRIMINAL – RELATOR: DES. AGOSTINHO GOMES DE AZEVEDO – JULGAMENTO: 09/03/2017**. Disponível em: <<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0024.11.310917-7-7%2F001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2018.