

A REALIDADE DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS FRENTE À LEI ANTIMANICOMIAL Nº 10.216/2001.

**THE REALITY OF JUDICIAL MANILOMIANS IN FRONT OF THE ANTIMANICOMIAL LAW Nº
10.216/2001.**

Dayene Baptista Xavier Santos

Graduada em Direito pelo Centro Universitário São José (UniSJ). E-mail: dayne.01@hotmail.com.

Millena Ferreira da Silva

Pós-graduanda em Direito pela Fundação Escola Superior da Defensoria Pública do Rio de Janeiro (Fesudeperj).
Graduada em Direito pelo Centro Universitário São José (UniSJ). E-mail: millenaferreiraS@hotmail.com.

Irineu Carvalho de Oliveira Soares

Doutor e Mestre em ciências jurídicas e sociais pelo PPGSD-UFF. Advogado. Professor do Curso de Direito das Faculdades
São José (UniSJ). Líder do Núcleo de Pesquisa e Iniciação Científica do Curso de Direito do Centro Universitário São José
(NPIC/UniSJ). Membro do Laboratório Fluminense de Estudos Processuais (LAFEP/UFF). E-mail: irineu.juris@gmail.com.

RESUMO

O presente artigo trata de pontos essenciais no tocante a realidade enfrentada nos manicômios judiciários, ressaltando a entrada em vigor da Lei Federal nº 10.216/2001. Este artigo, por meio de pesquisas bibliográficas, traz uma abordagem sobre Transtorno Mental, Medidas de Seguranças, Manicômios Judiciários e, Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica. Com base em pesquisas documentais, retrata o que ocorre dentro dos, atualmente, conhecidos como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), apontando o desserviço e, até mesmo o desamparo com os apenados acometidos com doenças ou transtornos mentais, ao verificar se os exames de cessação de periculosidade são realizados em conformidade com o Código Penal Brasileiro. Igualmente, esclarece os direitos destes perante a lei, verificando se os presos-pacientes recebem o tratamento correto nos moldes da Lei Antimanicomial.

Palavras-chave: Manicômios Judiciários, Hospitais de custódia e Tratamento Psiquiátrico e Lei antimanicomial.

ABSTRACT

This article deals with essential points with regard to the reality faced in judicial asylums, emphasizing the entry into force of Federal Law No. 10.216 / 2001. This article, through bibliographic research, brings an approach on Mental Disorder, Security Measures, Judicial Asylums and, Anti-asylum Fight and Psychiatric Reform. Based on documentary research, it portrays what happens within the currently known as Custody and Psychiatric Treatment Hospitals (HCTP), pointing out disservice and even helplessness with the prisoners affected with mental illnesses or disorders, when verifying whether the examinations for terminating health hazards are carried out in accordance with the Brazilian Penal Code. It also clarifies their rights under the law, verifying that prisoners-patients receive the correct treatment in accordance with the Anti-Asylum Law.

Keywords: Judicial Asylums. Custody and Psychiatric Treatment Hospitals. Anti-asylum Law.

INTRODUÇÃO

De acordo com o relatório do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o sistema carcerário, em junho de 2014, abrigava em torno de 4.500 pessoas com transtorno mental, sendo 3.825 custodiadas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP ou Alas Psiquiátricas e 675 em unidades prisionais comuns. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, [Internet]).

Apesar da Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei Antimanicomial, assegurar a estas pessoas acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, a situação enfrentada pelos apenados com deficiência não condiz com a previsão legal, uma vez que “são submetidos a tratamentos inadequados, insuficientes ou até mesmo inexistentes, levando à cronificação das condições psiquiátricas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, [Internet]).

Ao adentrarem pelas portas dos hospitais de custódia, os doentes mentais em conflito com a lei são duplamente marginalizados e abandonados, carregando não só o estigma do transtorno mental, mas também o da situação de delinquência (UNB CIÊNCIA, 2012, [Internet]).

Diversos fatores corroboram para a precariedade desses hospitais, dentre eles destaca-se a ausência de um projeto terapêutico singular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) isto é, “um instrumento que possibilite a participação, reinserção e construção de autonomia para o usuário e família em sofrimento psíquico”; (CARVALHO *et. al.*, 2012 p. 521).

Uma das características apresentadas pelas pessoas com transtorno mental sob a custódia dessas instituições é a “perda, quase sempre irreversível, dos vínculos familiares e sociais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, [Internet]).

Outro ponto importante está na desinternação condicionada à cessação da suposta “periculosidade”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, [Internet]). O código penal, em seu artigo 97, §§ 1º e 2º prevê que a “internação ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade”, devendo o exame ser realizado anualmente.

Todavia, em 2015 os conselhos regionais de psicologia realizaram a inspeção de 18 hospitais psiquiátricos em território nacional e constataram que apenas em 17% dos casos são cumpridos os prazos de periodicidade para tais exames. E ainda nos casos em que as perícias foram realizadas e tiveram laudos de periculosidade positivo para sua cessação, sete, em dezessete, ou mais de 41%, ainda continuam sob a custódia. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 19).

Nesse contexto, os apenados não possuem perspectiva nenhuma de liberdade sendo submetidos a uma espécie de prisão perpétua, o que além de fugir do propósito dos hospitais de custódia, que é zelar pela saúde dos doentes mentais em conflito com a lei, também implica em crime e violação dos direitos humanos. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 9).

Tendo em vista os relatos acima, o presente artigo é relevante para expor as reais condições enfrentadas pelos apenados com deficiência, apontando as precariedades do atual sistema que violam a legislação vigente, a fim de responder a seguinte problemática: como é realizado o tratamento dos apenados com transtorno mental nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, frente à entrada em vigor da Lei Antimanicomial nº 10.216/2001?

Este artigo tem como objetivo analisar juridicamente o atual sistema adotado pelos Hospitais de Custódia e Tratamento frente à Reforma Psiquiátrica implementada pela Lei nº 10.216/2001. Com base em pesquisas bibliográficas, visa abordar os temas: Transtorno Mental, Medidas de Segurança adotadas pelo Código Penal Brasileiro, Manicômios Judiciários, Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, visto que este método abrange a leitura, análise e interpretação de livros, artigos, documentários e dissertações de autores como Sergio Carrara e Paulo Amarante.

Assim como, por meio de pesquisas documentais, foi realizada a exploração de censos e relatórios, visando conhecer, em média, a porcentagem de apenados com transtornos mentais sob a custódia do sistema carcerário; verificar se os

presos-pacientes recebem tratamentos nos moldes da Lei nº 10.216/2001, bem como se os exames de cessação de periculosidade são realizados em conformidade com o Código Penal Brasileiro.

1. O TRANSTORNO MENTAL OU DOENÇA MENTAL.

Para o Dr. Osvaldo Lopes do Amaral (2011, [Internet]), diretor clínico do Instituto de Estudos e Orientação da Família – INEF entende-se por transtorno mental:

Alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral.

Pode ser observado como doente mental o indivíduo que possui uma variação de comportamento considerado como anormal. Aquele que não age e não pensa como a grande maioria da sociedade, e por isso encontra dificuldades para se relacionar e se expressar, prejudicando a si próprio e aos que estão ao seu redor. (VITÓRIA, 2017, [Internet]).

Durante muitos anos as pessoas com transtorno mental foram afastadas da sociedade, sendo até mesmo encarcerados, em condições precárias, sem direito de se manifestar sobre o controle de suas vidas. (PORTAL EDUCAÇÃO, 2012 [Internet]).

A “loucura” era um termo amplamente utilizado para caracterizar qualquer condição da mente humana definida por pensamentos considerados como anormais pela sociedade. Entretanto, no decorrer do tempo e, com a Lei de Reforma Psiquiátrica (nº 10.216/2001), os portadores de transtornos mentais passaram a possuir proteção e direitos em prol de diagnósticos específicos de doença mental ou psicopatologia. (LOUZÁ, 2018 [Internet]).

No âmbito do Direito Penal, as pessoas diagnosticadas com doença mental são consideradas como inimputáveis, sendo asseguradas pelo Código Penal, nos termos do art. 26, que dispõe:

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. (BRASIL, 1940).

Portando, considera-se inimputável o indivíduo que, por razões de transtorno mental, cometer infração penal sem que tenha a plena capacidade de compreender a ilicitude do ato praticado, motivo pelo qual será isento de pena, e ficará sujeito a uma medida de segurança. (VITÓRIA, 2017 [Internet]).

2. AS MEDIDAS DE SEGURANÇA ADOTADAS PELO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.

As medidas de segurança são indicadas ao indivíduo inimputável ou semi-imputável, a fim de assegurá-lo cuidados especiais, por meio de tratamento adequado. (CORDEIRO, MORANA, 2013 [Internet]).

De acordo com Paulo Queiroz (2010, p. 437), as medidas de segurança “são sanções penais destinadas aos autores de um injusto penal punível, embora não culpável em razão da inimputabilidade do agente.”

Para o autor Eduardo Reale Ferrari (2001, p. 15), trata-se de uma prevenção do Estado a fim de evitar que determinado indivíduo que praticou ato criminoso e demonstrou periculosidade, possa reincidir a infração, sendo necessário que este receba tratamento adequado para a sua reintegração social.

O Código Penal Brasileiro, nos termos do artigo 96, prevê duas modalidades de medidas de segurança: a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e a sujeição a tratamento ambulatorial. (BRASIL, 1940).

Verifica-se que a primeira modalidade conhecida como detentiva, será aplicada ao paciente que cometeu o fato típico previsto no ordenamento e sujeito à pena de reclusão. Já a segunda modalidade será dirigida àqueles que cometerem crimes com menor potencial lesivo, puníveis com detenção, sendo considerada como uma medida de segurança restrita. (SILVEIRA, 2014, [Internet]).

O artigo 99 do Código Penal dispõe que é direito do paciente internado ser recolhido em “estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”, ou seja, será impedido que a internação ocorra em prisões penais comuns. (BRASIL, 1940).

Vale ressaltar que, o art. 97 do [Código Penal](#) apresenta a medida de segurança de internação, como regra, optando por um tratamento mais brando, ora o tratamento ambulatorial, ao critério do juiz, apenas em casos de crimes puníveis com detenção. (BRASIL, 1940). Entretanto, a Lei de Reforma Psiquiátrica, nos termos de seu art. 4º, entende que a internação deveria ser uma exceção, “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficiente.”

Além disso, o Código prevê que o tempo de cumprimento de medida de segurança será indeterminado, com o prazo mínimo de (1) um a (3) três anos. Transcorrido esse prazo, terá de ser realizado um exame de verificação das condições médicas e psicossociais do paciente, com o propósito de auferir a cessação de periculosidade, e ato contínuo a desinternação (art. 97, § 1º). Todavia, caso não tenha havido a cessação da periculosidade, a perícia médica será realizada anualmente (art. 97, § 2º). (BRASIL, 1940).

Apesar de a referida lei presumir que a medida de segurança possui tempo indeterminado, fixando-lhe apenas o prazo mínimo conforme dito anteriormente, por intermédio de entendimento jurisprudencial do Superior Tribunal de Justiça “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.” (BRASIL, 2015)

Outrossim, o Supremo Tribunal Federal também firmou seu entendimento no tocante ao tema:

MEDIDA DE SEGURANÇA - PROJEÇÃO NO TEMPO - LIMITE. A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, devem fazer-se considerados a **garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos.** (HC 84.219, Rel. Min. Marco Aurélio, Primeira Turma, DJ 23.9.2005 – grifos nossos). (BRASIL, 2005).

Considerando tal decisão, é possível verificar que, segundo o órgão julgador, a medida de segurança poderá perdurar por no máximo de 30 (trinta) anos, visando respeitar os preceitos constitucionais.

3. O EXAME DE VERIFICAÇÃO DE CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE À LUZ DO CÓDIGO PENAL.

De acordo com o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, entende-se por periculosidade a característica ou condição daquilo que é perigoso.

Analisando o termo pela ótica do Direito Criminal, Silva (2014, p.1565) conceituou a periculosidade como a propensão das pessoas à maldade, ou seja, tendência ao mal que se revela por suas ações ou pelas circunstâncias em que um delito é praticado. Os criminalistas a dividem em periculosidade social, quando há perigo de delito baseado na “condição de perigosa revelada pela pessoa”, e periculosidade criminal, quando o delito já foi praticado, existindo, então, o perigo da reincidência.

No que tange aos apenados acometidos por transtorno mental, o Código Penal, a fim de evitar a reincidência, condicionou a duração máxima das medidas de segurança (seja internação ou tratamento ambulatorial), a uma perícia médica que averigue a cessação da periculosidade (BRASIL, 1940). O artigo 97, §1º possui a seguinte redação:

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos. (BRASIL, 1940).

Como previsto, embora as medidas de segurança não possuam uma duração pré-determinada, deverá o juiz fixar em sentença um tempo mínimo para o seu cumprimento que será de um a três anos (BRASIL, 1940). Após este período, será realizado o Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade (EVCP), que deverá ser repetido anualmente até que a periculosidade se verifique cessada. (MECLER, 2010, p. 75). Prevê o art. 97, § 2º do código penal:

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução (BRASIL, 1940).

A perícia deve ser realizada por uma equipe interdisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, e tem por finalidade analisar a probabilidade de o apenado voltar a delinquir no futuro, concluindo, ao fim, pela cessação ou não da periculosidade. (GUERRA, 2011, p. 40).

Quando o apenado possui um EVCP com resultado positivo, deverá ser proferida pelo juiz uma sentença de desinternação condicional, instituto previsto no artigo 97 § 3º do código penal, que condiz a um período de 12 meses no qual o internado será observado e, não havendo, neste tempo, nenhum fato que indique a persistência da periculosidade, a medida de segurança será considerada extinta. (BRASIL, 1984).

Apesar de todas as disposições legais que regulamentam o tema, o Censo Nacional realizado em 2011 revelou que àquela época havia no Brasil 2.839 pessoas internadas em cumprimento de medida de segurança, e que dentre elas 1.153 (41%) tinham seus exames de cessação de periculosidade realizados em atraso, ou seja, com um período superior a 12 meses entre uma perícia e outra, constatando-se em média 32 meses de atraso. (DINIZ, 2011, p.48)

Ademais, em 537, isto é, em 28% dos 1.931 EVCP cumpridos concluiu-se pela cessação da periculosidade, todavia apenas em 187 casos havia sentença de desinternação condicional prolatada. (DINIZ, 2011, p. 49). Dentre esses, 54 apenados já possuíam medida de segurança extinta, mas permaneciam sob a custódia dos hospitais. (DINIZ, 2011, p. 40).

Em 2015, foi realizada pela OAB e pelos Conselhos Regionais de Psicologia, a inspeção de 18 hospitais de custódia espalhados pelo país e notou-se que, no que tange ao EVCP, a realidade apresentada pelo censo de 2011 não era muito diferente da atual, eis que em mais de 41% dos casos analisados, ou seja, 7 em cada 17, possuíam laudo de cessação de periculosidade positivo, mas continuavam sob custódia. Constatando-se também que apenas em 17% dos casos eram cumpridos os prazos de periodicidade para tais exames. “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. 15).

4. MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS: A REALIDADE DOS APENADOS SOB CUSTÓDIA NO BRASIL.

Nos casos em que o sistema penal entende pela aplicação de uma medida de segurança restritiva, o apenado é encaminhado a um dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos (HCTP), antigamente conhecidos como manicômios judiciários, até que seja viável sua reinserção na sociedade. (VIGGIANO, 2019, [Internet]).

Os Hospitais de Custódia e Tratamento, como já indica o nome, possuem um duplo objetivo: custodiar e tratar pessoas acometidas por transtornos mentais que apresentem perigo à sociedade, sendo assim pode-se dizer que o HCTP é uma instituição híbrida, na qual há um misto entre hospital e prisão. (BRASIL, *et. al.*, 2009, p. 133).

Nas palavras de Leonardo Marcondes, delegado da polícia civil e especialista em direito penal e criminologia, o manicômio judiciário possui apenas um verdadeiro objeto: criminalizar a loucura, promovendo à exclusão social e a “contenção de certa massa indesejável a sociedade”. (VIGGIANO, 2019, [Internet]).

Para Luigi Ferrajoli (2002, p. 628) são “prisões-hospitais ou hospitais-prisões, onde se consuma uma dupla violência institucional — cárcere mais manicômio — e onde jazem esquecidos do mundo, aqueles sentenciados por enfermidade mental”.

No entendimento de Sérgio Carrara (2010, p.17), os manicômios judiciários são instituições complexas que refletem as duas mais deprimentes realidades da sociedade: o asilo de alienados e a prisão, e os dois piores fantasmas que “assombram” a todos: a figura do criminoso e a figura do louco.

Além dos apenados em cumprimento de medida de segurança, os HCTPs também são responsáveis pelos presos em situação de internação temporária, dentre eles, os que aguardam perícia médica para averiguação de sanidade mental, como previsto nos artigos 149 e 150 do Código de Processo Penal:

Art. 149. Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal.

Art. 150. Para o efeito do exame, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar. (BRASIL, 1941).

Cabendo destacar que, para os internados nestas condições, o § 1º do artigo 150 prevê que o exame deverá ser realizado em 45 dias, excetuando-se os casos em que o perito demonstrar a necessidade de um tempo maior. (BRASIL, 1941).

Encontram-se também dentre os internos temporários, aqueles transferidos de um presídio ou penitenciária para tratamento de doença mental superveniente (DINIZ, 2011, p. 20), situação disposta no artigo 682 do CPP:

Art. 682. O sentenciado a que sobrevier doença mental, verificada por perícia médica, será internado em manicômio judiciário, ou, à falta, em outro estabelecimento adequado, onde lhe seja assegurada a custódia.

§ 1º Em caso de urgência, o diretor do estabelecimento penal poderá determinar a remoção do sentenciado, comunicando imediatamente a providência ao juiz, que, em face da perícia médica, ratificará ou revogará a medida. (BRASIL, 1941).

No Brasil, o primeiro HCTP surgiu em 1921, no Rio de Janeiro, inicialmente chamado de Manicômio Judiciário Heitor Pereira Carrilho, em homenagem ao médico psiquiatra responsável pela sua direção. (CARRARA, 2010, p.17). Ao longo dos anos outros hospitais foram criados em diversos estados, até que em 2011 foi realizado censo que constatou a existência de “23 hospitais de custódia e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) localizados em complexos penitenciários” no Brasil. (DINIZ, 2011, p. 35).

Neles estavam custodiados homens e mulheres, que correspondiam ao total de 3.989 presos (DINIZ, 2011, p.13), dentre os quais 74% estavam em cumprimento de medida de segurança e 26% estavam em internação temporária. Descobriu-se então que pelo menos 741 dos internados não deveriam mais estar sob custódia, seja por possuir laudo de cessão de periculosidade positivo, por ter a desinternação determinada por sentença, ter medida de segurança já extinta, ou ainda por terem recebido alta ou desinternação progressiva. (DINIZ, 2011, p. 35).

O Supremo Tribunal Federal, em 2005, decidiu que a pena máxima para infratores imputáveis era de 30 anos, estendendo o entendimento para os inimputáveis também, todavia, o censo verificou a existência, àquela época, de 18 presos-pacientes internados em “regime de abandono perpétuo” a mais de trinta anos. (DINIZ, 2011, p. 13)

No tocante as perícias médicas, havia pelo menos 1.194 pessoas que não sabiam se deveriam estar internadas, sendo incluídos os internos temporários à espera de um laudo psiquiátrico que, segundo a legislação penal, deveria ser realizado em até 45 dias, mas na prática possuíam um atraso de em média 10 meses. (DINIZ, 2011, p.16-17)

Em 2015, os Conselhos Regionais de Psicologia se uniram a Ordem dos Advogados do Brasil a fim de realizar a inspeção de hospitais de custódia espalhados pelo país. Foram inspecionadas, então, 18 unidades, onde inúmeras deficiências foram detectadas, (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 15) dentre eles destaca-se o HCT do estado de Sergipe onde foi percebida a seguinte situação:

Constatou-se que os registros em prontuário são praticamente inexistentes, excetuando-se fatos pontuais. A prática diária é registrada em livro ata de passagem de plantão. Muitos prontuários sequer têm os dados completos dos usuários. Os presos/pacientes são atendidos através da grade, com pouquíssima ou nenhuma frequência. Não têm conhecimento de seu plano terapêutico, nem tampouco qual a previsão de saída da unidade. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 19).

Bem como a única unidade do estado da Bahia onde se verificou a falha na elaboração de um projeto terapêutico adequado:

A inadequação das instalações bem como a ausência de ações e serviços terapêuticos estabelecidos na legislação específica denotava a submissão compulsória dos internos a condições impróprias aos tratamentos de saúde. [...] Não são desenvolvidas atividades que visem a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, reinserção na família, no trabalho e no meio comunitário, consoante determina a legislação vigente.” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 26-27).

Outro fator importante está na falta de advogados. Dentre os 18 hospitais inspecionados, apenas em três deles verificou-se a presença deste profissional. Sabendo que o advogado é figura essencial à administração da justiça, como prevê o art. 133 da Carta Magna, a sua ausência dificulta o acesso à justiça e, por consequência, a saída do sistema manicomial (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 17)

Por fim, dentre todas as deficiências identificadas, encontram-se também a precariedade da estrutura física e das acomodações dos hospitais, a falta de higiene, escassez de psicólogos e a superlotação das celas. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 17-18).

5. LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA IMPLEMENTADA PELA LEI 10.216/2001.

“Por uma sociedade sem manicômios” este é o lema do movimento social conhecido como Movimento da Luta Antimanicomial, que busca a extinção das instituições e concepções manicomiais. E, assim como a Reforma Psiquiátrica, pretende alcançar a melhoria do sistema de saúde, o fim da violência, discriminação e segregação que assolam os presos-pacientes nos atuais hospitais de custódia. (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2069).

De acordo com Amarante e Torre (2018, p.1090), o modelo manicomial opera como mais uma das formas de exclusão já existentes. Fundada na ideia de que é necessário isolar para tratar, a institucionalização involuntária do “louco” e a sua retirada do convívio social geram a quebra dos mais diversos laços de pertencimento além de ocasionar “a perda do direito à cidade e da condição de cidadania”.

Em função disso, a ruptura com este sistema não tem como único objetivo dar fim aos manicômios, mas também visa criticar tudo o que motivou à sua criação. (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 402).

No entendimento de Abou-YD e Silva (2003, apud LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 402) este rompimento significa a contraposição à segregação e à negatividade atribuída ao transtorno mental que comumente é associado à incapacidade, periculosidade e invalidez. Romper com o modelo manicomial significa “mirar a cidade como o lugar da inserção”.

Neste contexto de insatisfação com o sistema manicomial, se iniciou no Brasil, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), do qual se originou um complexo processo conhecido como Reforma Psiquiátrica, posteriormente consolidada pela Lei Federal nº 10.216/2001. (CÂNDIDO *et al.*, 2012, p. 112).

A Lei 10.216 de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica ou a Lei Antimanicomial, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (BRASIL, 2001).

Dentre os direitos trazidos pela aludida lei destacam-se os previstos no parágrafo único do artigo 2º que buscam assegurar o “acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde”, consentâneo às necessidades existentes; a obtenção de informações acerca da doença identificada e de seu tratamento; a proteção contra abusos e explorações de qualquer espécie; e o direito a ser tratado com humanidade e respeito a fim de alcançar a recuperação pela inserção no trabalho, na família e na comunidade. Além disso, o artigo 2º prevê também os seguintes direitos:

Art. 2º. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: [...] 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; [...] VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001)

Segundo Guerra (2011, p. 59), sua principal proposta consiste em transferir o foco do tratamento em instituições hospitalares para uma rede de atenção psicossocial, baseada em unidades de serviços comunitários e abertos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS são instituições que visam à substituição dos hospitais psiquiátricos. Tais centros possuem uma organização com base comunitária, e tem como objetivo “estimular a integração social, familiar, apoiar iniciativas de busca de autonomia, geração de emprego e renda, e fazer a reinserção desse sujeito outrora excluído”. (PIRES; RESENDE, 2016, p. 41).

Nota-se que, a Reforma Psiquiátrica trouxe algumas inovações para a política de saúde mental no Brasil. O modelo de internação que antes era adotado com primazia passou a ser percebido como o último recurso terapêutico a ser utilizado, priorizando, assim, os tratamentos ambulatoriais de base comunitária. (BONFADA *et al.*, 2013, p. 227). Conforme dispõe o artigo 4º, caput, da Lei 10.216/01:

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

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

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

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º [...] (BRASIL, 2001).

De acordo com o artigo 6º da Lei 10.216 de 2001, existem três tipos de internação, sendo estas: voluntária, quando o usuário fornece seu consentimento para internação; involuntária, quando a internação se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros; e compulsória, está internação é determinada pela Justiça (BRASIL, 2001).

Para Guerra (2011, p. 59), o juiz competente quando for aplicar a medida de segurança, deverá dar preferência ao tratamento ambulatorial, meramente determinando a internação “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (art.4º, caput). Com entendimento semelhante, em respeito à Lei 10.216/01, Queiroz compreende que:

[...] independentemente da gravidade da infração penal cometida, preferir-se-á o tratamento menos lesivo à liberdade do paciente, razão pela qual, independentemente da pena cominada (se reclusão ou

detenção), o tratamento ambulatorial (extra-hospitalar) passa a ser regra, e a internação, a exceção, apesar de o Código dispor em sentido diverso. (2010, p. 441).

Com o intuito de adequar as medidas de segurança às disposições da Lei 10.216/01, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária resolveu aprovar as diretrizes anexadas na Resolução nº 05, de 04 de maio de 2004. Dentre outras diretrizes propostas, a referida Resolução propõe:

7. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS, adequando-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria e aos princípios de integralidade, gratuidade, equidade e controle social.

9. Os Estados deverão realizar censos jurídicos, clínicos e sociais dos portadores de transtornos mentais que sejam inimputáveis, a fim de conhecer suas necessidades terapêuticas, disponibilizar recursos, garantir seu retorno à comunidade de referência e acesso a serviços territoriais de saúde.

12. A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica. (BRASIL, 2004).

No mesmo paradigma, em 2010, o CNJ resolveu através da Resolução nº 113, que além de dispor sobre o procedimento relativo à execução da pena privativa de liberdade, dispõe sobre a execução de medidas de segurança. Em seu artigo 17º, a Resolução prevê:

Art. 17º O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. (BRASIL, 2010).

Neste sentido, em junho de 2017, no Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) localizado em Porto Alegre (RS), foi inaugurado um projeto inclusivo de pintura e arte, conhecido como “Artinclusão”, oferecido para os pacientes que estão cumprindo medidas de segurança no local. Tal projeto tem como objetivo promover a inclusão social, por meio da arte e da pintura, e conta com o apoio da Vara de Execução de Penas de Medidas Alternativas (VEPMA) coordenada pelo juiz Luciano André Losekann (PAIVA, 2017, [Internet]).

Um bom exemplo do impacto positivo da Lei Antimanicomial, foi o encerramento, em 2016, das atividades do Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho, localizado no Centro do Rio de Janeiro. Após uma série de processos judiciais foi determinado pela Justiça à saída de pacientes que viviam na unidade, embora já tivessem cumprido sua medida de segurança, isto é, permaneciam lá por conta da ausência de amparo da rede de saúde e familiar. Acerca do tema, ao ser entrevistado pelo Jornal O Globo, o então diretor do HCTP Heitor Carrilho, Marcos Argolo relatou: “Para eles, é um retorno à vida. Com certeza a saída terá muito mais efeitos positivos no quadro clínico que qualquer medicação que eu prescreva”. (TINOCO, 2016, [Internet]).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado nas informações obtidas nas pesquisas, o artigo expôs e descreveu a realidade dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos do Brasil e verificou se esta realidade se enquadra nos parâmetros previsto na Lei Federal 10.216/2001.

Através da análise bibliográfica foi possível concluir que as pessoas com deficiência mental desde muito tempo são postas à margem da sociedade e que o manicômio judiciário foi e ainda é mais um mecanismo para essa marginalização.

A dificuldade em encontrar dados mais atuais acerca da porcentagem de presos-pacientes nos hospitais de custódia, demonstra que a existência desses indivíduos ainda é ignorada pelo Estado e também pela sociedade. Assim, para análise documental o artigo utilizou os dados mais recentes, constantes no Censo de Débora Diniz de 2011 (único censo nacional já realizado sobre o tema), juntamente com o relatório das inspeções aos manicômios realizadas em 2015 pela OAB e Conselhos Regionais de Psicologia do Brasil.

Quanto à realidade dos HCPTs, embora tenham mudado de nome, ainda se assemelham ao velho modelo asilar-manicomial. Os apenados são isolados da família e da sociedade, sem que haja um tratamento capaz de lhes viabilizar o retorno. O código penal, em seu artigo 26, diz que sobre estes infratores recai a inimputabilidade, todavia ao ingressarem nos HCPTs eles acabam sendo punidos sim, não pelo crime cometido, mas pelo simples fato de possuírem um transtorno mental.

Notou-se também que os presos-pacientes tampouco possuem o mínimo, pois são violados não só os direitos previstos na Lei 10.216/2001, mas também preceitos constitucionais, como a dignidade da pessoa humana e a proibição de penas de caráter perpétuo.

No que tange aos exames de cessação de periculosidade, para a maioria dos apenados os exames seguem as previsões legais quanto à periodicidade anual, mas o fato de uma parte considerável das perícias serem realizadas em atraso, e de que nem sempre o exame positivo e a extinção da medida de segurança acarretam a liberdade, mostrou que a finalidade de tais exames não têm sido alcançada, tirando dos presos-pacientes a chance mais sólida de dar adeus aos manicômios.

Todavia, apesar de todas as mazelas ainda existentes, o advento da Lei 10.216/2001, também trouxe mudanças positivas, pois foram criados projetos que visam substituir os manicômios, e consolidados programas já existentes como os CAPS, que embora não sejam perfeitos buscam, com base nas previsões legais, prestar um tratamento digno e que não rompa laços sociais e familiares.

Passados 19 anos do advento da Lei da Reforma, alguns passos já foram dados, entretanto ainda há um grande caminho a ser percorrido para que no Brasil os doentes mentais em conflito com a lei tenham todos os seus direitos respeitados, motivo pelo qual o processo da Reforma Psiquiátrica não se findou, mas permanece buscando sempre a inclusão, dignidade e respeito às pessoas com transtorno mental, sejam elas infratoras ou não.

REFERÊNCIAS

ABOU-YD MN, Miriam; SILVA Rosimere. A lógica dos mapas: marcando diferenças. In: Conselho Federal de Psicologia, organizadores. **Loucura, ética e política: escritos militantes**. p. 40-44. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

AMARAL, Osvaldo Lopes do. **Transtornos Mentais**. 2011. Disponível em: <http://www.inef.com.br/Transtornos.html>. Acesso em: 2 ago. 2019.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p.2067-2074, jun. 2018. DOI 10.1590/1413-81232018236.07082018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2019.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, [s.l.], v. 52, n. 6, p.1090-1107, dez. 2018. DOI 10.1590/0034-761220170130. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v52n6/1982-3134-rap-52-06-1090.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2019.

BONFADA, Diego *et al.* Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 17, n. 2, p.227-233, jun. 2013. DOI 10.1590/s1414-81452013000200004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a04.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal**. Rio de Janeiro, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 19 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal**. Rio de Janeiro, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689compilado.htm. Acesso em 01. Mai. 2020.

BRASIL. Resolução nº 05, de 04 de maio de 2004. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Brasília, Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/2004/resolucao05de04demaiode2004.pdf>. Acesso em: 03 maio 2020.

BRASIL. Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_113_20042010_25032019153433.pdf. Acesso em: 03 maio 2020.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº 527. **Diário da Justiça Eletrônico**. Brasília, 2015.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus n. 84219**. Relator: Ministro Marco Aurélio. DJ 23.9.2005 JusBrasil, 2005. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/763647/habeas-corpus-hc-84219-sp>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.2016, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 6 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 19 nov. 2019.

BRASIL, Caroline Schneider; COELHO, Elizabete Rodrigues; BRASIL, Rafaela Schneider. Manicômio judiciário: pequeno ensaio sobre as forças que atuam nesse dispositivo. **Cadernos brasileiros de saúde mental**. 1, n. 2, p. 1984-2147, Out-Dez de 2009. Disponível em: <http://stat.ijie.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1138/1377>. Acesso em: 20 out. 2019.

CÂNDIDO, Maria Rosilene *et al.* **Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário**. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v8n3/pt_02.pdf. Acesso em: 19 nov. 2019.

CARRARA, Sérgio. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**. v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/04.pdf>. Acesso em: 21 out. 2019.

CARVALHO, Laura Graças Padilha de; MOREIRA, Mayrene Dias de Sousa; RÉZIO, Larissa de Almeida; TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanai; A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O mundo da saúde**. São Paulo, 36, n. 03, p. 521-525, 2012. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/construcao_projeto_terapeutico_singular_usuario.pdf. Acesso em: 2 ago. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório Brasil: Inspeções aos manicômios**. 2015. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web1.pdf. Acesso em: 19 nov. 2019.

CORDEIRO, Quirino; MORANA, Hilda Clotilde Penteadó. **Por uma sociedade sem manicômios**. 2013. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano13/for0313.php#cima>. Acesso em: 20 nov. 2019.

DINIZ, Débora. **Censo 2011: A Custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**. 1ª edição. Brasília: Editora Unb. 2011. Disponível em http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/custodia_tratamento_psiquiatrico_no_brasil_censo2011.pdf. Acesso em: 21 out. 2019.

FERRARI, Eduardo Reale. Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2001. p. 15.

FERRAJOLI, Luigi. Direito e Razão: Teoria do Garantismo Penal. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2002, p. 628.

GUERRA, Caroline. **Medidas de segurança: exame de verificação de cessação da periculosidade**. 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31380/000780100.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 abr. 2020.

LOUZÂ, Mario, **Livre-se do preconceito: transtorno mental é doença, não loucura**. Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27911:2018-10-10-14-16-56&catid=46. Acesso em: 20 out. 2019.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 2, p.399-407, abr. 2007. DOI 10.1590/s1413-81232007000200016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a16v12n2.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2019.

MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**. 2010, vol.20, n.1, pp. 70-82. ISSN 0104-1282. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/10.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental**. 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/pnaisp/saude-mental>. Acesso em: 2 ago. 2019.

PAIVA, Caroline. **Projeto de pintura e arte auxilia na inclusão social de pacientes do Instituto Psiquiátrico Forense**. 2017. Disponível em: <https://ssp.rs.gov.br/projeto-de-pintura-e-arte-auxilia-na-inclusao-social-de-pacientes-do-instituto-psiquiatrico-forense>. Acesso em: 03 maio 2020.

PORTAL EDUCAÇÃO, **Transtorno Mental**. São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/psicologia/transtorno-mental/12406>. Acesso em 20 out. 2019.

PIRES, Joyce Finato; RESENDE, Laura Lemes de. UM OUTRO OLHAR SOBRE A LOUCURA: a luta antimanicomial no Brasil e a lei n.10.216/2001. **Cadernos da Escola de Direito**. 2016. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrazil.com.br/index.php/cadernosdireito/article/view/3062>. Acesso em: 03 maio 2020.

QUEIROZ, Paulo. **Direito Penal: Parte Geral**. 6 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

VIGGIOANO, Giuliana. Manicômios judiciários: como funcionam e quais são os problemas?. **Revista Galileu**. 18 mai. 2019. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/noticia/2019/05/manicomios-judiciarios-como-funcionam-e-quais-sao-os-problemas.html>. Acesso em 20 out. 2019.

SILVA, De Plácido e. **Vocabulário Jurídico**. 31. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014. p.1565.

SILVEIRA, Débora. **Conceito e aplicação das medidas de segurança no direito brasileiro**. 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/33878/conceito-e-aplicacao-das-medidas-de-seguranca-no-direito-brasileiro>. Acesso em: 20 nov. 2019.

TINOCO, Dandara. Últimos pacientes deixam hospital de custódia Heitor Carrilho: presos com distúrbios psiquiátricos foram levados para residência terapêutica: Presos com distúrbios psiquiátricos foram levados para residência terapêutica. **O Globo: Rio**. Rio de Janeiro. 01 mar. 2016. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/ultimos-pacientes-deixam-hospital-de-custodia-heitor-carrilho-18777890>. Acesso em: 03 maio 2020.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, **Censo inédito aponta violações aos direitos humanos nos manicômios judiciários do país**. Brasília. 2012. Disponível em: <https://www.unbciencia.unb.br/humanidades/57-direito/155-censo-inedito-aponta-violacoes-aos-direitos-humanos-nos-manicomios-judiciarios-do-pais>. Acesso em: 2 ago. 2019.

VITÓRIA, Marjoly Silva da. **Quem são os inimputáveis?** 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/57501/quem-sao-os-inimputaveis19>. Acesso em: 19 nov. 2019.