

MEDIDA DE SEGURANÇA E SAÚDE MENTAL: O CASO DO HCTP PERNAMBUCO

SECURITY MEASURE AND MENTAL HEALTH: THE CASE OF HCTP PERNAMBUCO

Mirelle Stéphanie Pereira dos Santos¹
Lígia Maria Silva de Andrade²
Rina Kleise Caxias Alves da Silva Santos³

Resumo: O Movimento de Reforma Psiquiátrica propagou-se internacionalmente baseado nos ideários de Franco Basaglia e da Psiquiatria Democrática na Itália, ganhando força no Brasil a partir dos anos 1970, resultando em 2001 na Lei nº 10.216, também conhecida como Lei de Reforma Psiquiátrica, na qual um dos principais pontos é a humanização do tratamento e a extinção do modelo asilar. Assim, foi promulgada em 2011 a Portaria MS/GM 3.088, que criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como uma rede de serviços substitutivos de base comunitária em substituição ao manicômio. O hospital psiquiátrico é, hoje, reflexo vivo dos preconceitos e descaso da sociedade e do Estado com a pessoa com transtorno mental, sendo mais evidente ao tratar-se de pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Atualmente, tais pessoas ditas como inimputáveis, cumprem medida de segurança em substituição da pena, a internação como medida de segurança é realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), como preconizado no Código Penal de 1940. O HCTP-PE, em Pernambuco, criado em 1982, é hoje um dos maiores entraves do processo de desinstitucionalização no estado, segundo dados do Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN) e relatórios de fiscalização, foi analisado o perfil dos usuários, a estrutura física e os recursos humanos. Conclui-se que o HCTP-PE, atualmente, não possui estruturas para um atendimento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. O processo de desinstitucionalização é imprescindível para a humanização e garantia dos direitos fundamentais.

Palavras-chave: Movimento Antimanicomial. Medida de segurança. HCTP. Pernambuco.

Abstract: The Psychiatric Reform Movement has spread internationally based on the ideas of Franco Basaglia and Democratic Psychiatry in Italy, gaining strength in Brazil since the 1970's resulting in Law nº. 10.216 in 2001, also known as the Psychiatric Reform Law, in which one of the main points is the humanization of treatment and the extinction of the asylum model. Thus, Ordinance MS/GM 3.088 was promulgated in 2011, which created the Psychosocial Care Network (RAPS), as a network

¹ Assistente Social. Graduação em Serviço Social pela UNIFG. Especialização em Políticas Públicas e práticas do Serviço Social pelo Centro Universitário dos Guararapes. Link do Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2282930007169911> E-mail: mirellestephanie@gmail.com

² Assistente Social. Graduação em Serviço Social pela UNIFG. Especialização em Políticas Públicas e práticas do Serviço Social pelo Centro Universitário dos Guararapes. E-mail: ligia.andrade@outlook.com

³ Assistente Social. Graduação em Serviço Social pela UFPE. Especialização em Intervenções em Psicologia da Família e Realidade Social pela Faculdade Frassinetti do Recife. Assistente Social do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes na Cidade de Campina Grande - PB. E-mail: rinakleise@hotmail.com

Artigo submetido em: 12 de setembro de 2021.

Artigo aceito em: 22 de dezembro de 2021.

p. 296-321, DOI: <https://doi.org/10.46551/rssp202215>

of community based in substitutes services to replace the asylum. The psychiatric hospital is, today, a living reflection of the prejudices and neglect of society and the State with the person with mental disorder, being more evident when dealing with a person with mental disorder in conflict with the law. Currently, such people, said to be unenforceable, comply with a security measure to replace the penalty, hospitalization as a security measure is carried out at the Custody and Psychiatric Treatment Hospital (HCTP), as recommended in the 1940 Penal Code. The HCTP-PE, in Pernambuco, created in 1982, is today one of the biggest obstacles to the deinstitutionalization process in the state, according to data from the Penitentiary Information System, INFOPEN, and inspection reports was analyzed the profile of users, the physical structure and human resources. It is concluded that HCTP-PE, currently, does not have structures for the care of people with mental disorders in conflict with the law. The deinstitutionalization process is essential for the humanization and guarantee of fundamental rights.

Keywords: Psychiatric Reform Movement. Security measure. HCTP. Pernambuco.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental, concretizada pela lei 10.216/01, é resultado do Movimento Antimanicomial, na busca pela desinstitucionalização da loucura e na criação de alternativas para o tratamento da pessoa com transtorno mental. A partir da compreensão de que desinstitucionalização é diferente de desospitalização. Enquanto o último limita-se a retirada do âmbito hospitalar; o primeiro, de forma mais abrangente, engloba novas formas de tratamento, acompanhamento, participação familiar e comunitária, com equipamentos de base territorial, na qual não mais é visto a "doença mental" acima do sujeito, mas o indivíduo como sujeito de direitos, saindo da lógica hospitalocêntrica, e partindo para um acompanhamento psicossocial, visando, a longo prazo, a extinção do hospital psiquiátrico e do tratamento asilar (LIRA, 2016).

Foi com o Movimento Antimanicomial que emergiu no cenário social o debate acerca das violações aos direitos humanos que ocorriam dentro dos manicômios, somando-se a crítica ao modelo assistencial e tutelar que tais locais representam e a busca por difundir uma rede de assistência de base territorial e humanizada, a saber, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Contudo, há ainda em funcionamento no Brasil hospitais psiquiátricos de características asilares, e o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) é um deles, sendo assim o processo de desinstitucionalização é um produto inacabado, que ainda é permeado pela imagem estereotipada do "louco" na sociedade, ao tratar-se da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, anteriormente denominado de "louco infrator", a efetivação da política

é dificultada por leis penais antigas e pelo imaginário de periculosidade do indivíduo que circunda a decisão de muitos magistrados.

O Código Penal (1940), art. 26, define inimputáveis e semi-imputáveis sendo aquele: “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”. Tais inimputáveis não cumprem pena, mas, sim, medida de segurança em local estabelecido em lei. Assim que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) é o local de internação daqueles tidos como inimputáveis e semi-imputáveis, ou seja, que na hora do ato infracional não eram capazes de discernir integralmente sobre a ilegalidade do ato, sendo assim, apesar de não cumprirem pena, cumprem uma medida de segurança, sendo encaminhados para um local de tratamento, a fim de manter a segurança pública.

“O impossível é manter a utopia de que a segurança pública se resolve pela exclusão das diferenças” (BARROS-BRISSET, 2010, p. 43), a noção de exclusão social dos diferentes é perpetuar uma padronização da sociedade sob uma égide de normalidade irreal, na qual aqueles que se afastam dos padrões sociais pré-estabelecidos são estigmatizados como “loucos” e são automaticamente designados como de alta periculosidade, justificando sua exclusão e encarceramento.

Para além do conceito de periculosidade, é preciso compreender as diversas facetas da vida social traçadas até a prática do ato ilícito, não é algo vazio de significado ou história, mas, ao contrário, são fatos muitas vezes invisibilizados pela teoria da periculosidade que alimenta o imaginário social, de forma preconceituosa e discriminatória apoiando a exclusão social de tais pessoas, quando, na realidade, os fatores causais são muito mais complexos, sobre isso afirmam Prado e Schindler (2017, p. 642):

O abandono social, a falta de meios de subsistência, a falta de estrutura física fora do hospital que os acolha e atenda suas necessidades são fatores que não podem ser esquecidos [...] A periculosidade é uma justificativa engendrada pelo positivismo para tratar a saúde mental como questão de segurança pública e estabelecer uma política higienista dos comportamentos fora do padrão médio de conduta. (PRADO e SCHINDLER, 2017, p. 642).

A medida de segurança apresenta-se com características preventivas na qual o indivíduo passa por situações desumanizantes, e é nessa necessidade de humanização, sob a base dos direitos humanos que emerge a Luta Antimanicomial, “essa mobilização ficou conhecida como movimento antimanicomial e exigiu de toda a sociedade a revisão de suas concepções sobre a doença mental e de sua responsabilidade na manutenção da mesma, através de práticas segregativas” (BARROS-BRISSET, 2010, p. 32), buscando superar o modelo hospitalocêntrico e fortalecer uma rede de serviços substitutivos, a fim de alcançar a dignidade humana, a equidade, e a extinção do manicômio, incluindo o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

A partir do que já foi expresso, o objetivo deste trabalho consiste em “analisar o processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no Estado de Pernambuco”. Sendo assim no primeiro momento discorrer-se-á uma síntese da legislação acerca da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei; em seguida será apresentada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sua conjuntura atual em Pernambuco; e, a seguir, um panorama da realidade enfrentada no HCTP-PE.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, de acordo com Marsiglia (2006, p. 6): “os estudos na área da saúde devem usar as metodologias qualitativas para captar o ‘significado e a intencionalidade’ inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”. Portanto, para possibilitar a compreensão da conjuntura histórica na qual a origem, manutenção e críticas ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) se embasam, recorreu-se a pesquisa bibliográfica e documental.

A partir das informações obtidas, visa-se uma aproximação da totalidade histórica que compõe o objeto de estudo, o método de análise fundamenta-se na Teoria Social Crítica de Marx, que visa sair da aparência e se aproximar da essência através de diversas aproximações ao objeto de estudo, numa ação teleológica, nas palavras de José Paulo Netto (2011, p. 22): “indo além da aparência fenomênica, imediata e empírica, [...] é apreender a essência (ou seja: a estrutura e a dinâmica) do objeto. Numa palavra: o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto”.

O reducionismo histórico da loucura normaliza socialmente o tratamento asilar dado aos "loucos". É preciso ultrapassar o senso comum e adentrar no cerne da questão, dos determinantes que construíram a "loucura", qual crítica é levantada atualmente e quais os principais entraves. Desta forma, busca-se sair do senso comum que circunda o imaginário do que seria o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e com isso apreender a essência da conjuntura na qual está inserido, os determinantes, pressões, críticas e debates que o permeiam.

LEI DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E A RAPS

A percepção sobre a loucura mudou no decorrer dos anos, de uma visão de normalidade durante a Idade Média, para uma excludente com o advento do Renascimento, criando as bases para a institucionalização, respaldado numa possível periculosidade social, marginaliza-se o louco e criam-se justificativas para a medicalização e a internação, criando-se, com isso, estigmas acerca do "louco", transformando-lhe em assunto da medicina e da justiça, ou seja, tratamento e punição, "A caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional" (AMARANTE, 1998, p. 24).

Na luta contra o tratamento degradante dado à pessoa com transtorno mental surge, em meados de 1970, o Movimento de Reforma Psiquiátrica caracterizando-se como um movimento determinado a mudar a forma de intervenção destinada às pessoas com transtorno mental. Um dos grandes nomes mundiais do Movimento foi o italiano Franco Basaglia, defensor da Psiquiatria Democrática, foram seus ideais que embasaram o movimento brasileiro (AMARANTE, 1998).

Neste movimento emergiu a Luta Antimanicomial, ou Movimento Antimanicomial, que se posicionou contra o histórico processo de hospitalização e medicalização das pessoas com transtorno mental, saindo do modelo hospitalocêntrico asilar, focado na psiquiatria, e partindo para a afirmação da necessidade de tratamento de base comunitária, com uma equipe multiprofissional que possa acompanhar as diversas dimensões que compõem o indivíduo (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007).

No Brasil, em meados de 1980, ao fim da ditadura militar, muitos movimentos sociais emergiram, dentre eles recebem destaque o Movimento de Reforma Sanitária, que

posteriormente resultou, em 1990, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90; e também, o Movimento Antimanicomial, que resultaria em 2001 na Lei de Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216 (SOARES FILHO e BUENO, 2016).

Através de um forte embate formado pelo Movimento Antimanicomial, em 2001, foi promulgada a lei 10.216/01, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, também chamada de “Lei de Reforma Psiquiátrica”, caracteriza a internação compulsória como aquela “determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”, art. 9º. Ademais, essa lei foi responsável por alterar a Lei de Execuções Penais e o Código Penal ao instituir em seu art. 4º, caput que “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. No que antes a internação era quase que a única opção, agora, torna-se a última (MPF, 2011).

Tendo como premissa o processo de desinstitucionalização, e a fim de subsidiar a Lei 10.216/01 e proporcionar uma série de equipamentos públicos que forneçam o tratamento extra-hospitalar, somente dez anos depois, em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada através da Portaria MS/GM 3088/11, para o atendimento de “pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011). Trata-se de serviços substitutivos para o manicômio, saindo da lógica da internação compulsória para um tratamento extra-hospitalar e de base comunitária.

Soma-se a este debate a operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como instrumento principal da Lei Antimanicomial, na qual estrutura uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, não obstante, a efetivação da RAPS enfrenta uma série de desafios que reflete a falta de investimento nas políticas públicas em saúde mental, deixando tais pessoas desassistidas pela equipe de saúde e sem a medicação necessária.

É preciso não somente desinternar, mas fortalecer e ampliar toda a rede de serviços substitutivos, a fim de garantir a qualidade e efetivação do atendimento à pessoa com transtorno mental (PRADO e SCHINDLER, 2017). Neste sentido, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é subdividida em 7 componentes: Atenção Básica; Atenção Psicossocial Especializada;

Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial (Quadro 01).

Quadro 1: Composição da RAPS.

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	
COMPONENTES	SERVIÇOS
Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde (UBS); Equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. Centros de Convivência.
Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades.
Atenção De Urgência E Emergência	a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/ Pronto Socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros.
Atenção Residencial De Caráter Transitório	a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial.
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégias De Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).
Reabilitação Psicossocial	O componente "Reabilitação Psicossocial" é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.

Fonte: Adaptado da Portaria MS/GM 3.088/11.

Dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) aparece como estratégia de atendimento de base comunitária, é o CAPS que servirá como centro de referência para o Serviço de Residência Terapêutica (SRT), e fará todo o acompanhamento do usuário. O CAPS subdivide-se em 7 tipologias (Quadro 2):

Quadro 2: Tipologias dos CAPS

TIPOLOGIAS DOS CAPS

Tipologia	População	Público-alvo	Características
CAPS I	Municípios com população acima de vinte mil habitantes.	Todas as faixas etárias.	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
CAPS II	Municípios com população acima de setenta mil habitantes.	Adultos	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local.
CAPS III	Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.	Adultos	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD.
CAPS IV4	Municípios com população acima de 500.000 habitantes, bem como nas capitais estaduais.	Poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente.	Atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso [...] de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.
CAPS i	Municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.	Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.	Serviço aberto e de caráter comunitário.
CAPS AD	Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), 5	Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, [...] com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
CAPS AD III	Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com necessidades de cuidados clínicos contínuos.	Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana.

Fonte: Adaptado da Portaria MS/GM 3.088/11 e Portaria MS/GM 3.588/17.

4 Portaria MS/GM nº 3.588/2017.

5 Estatuto da Criança e do Adolescente, lei nº 8.069/1990.

Ainda que, nacionalmente, a Lei de Reforma Psiquiátrica somente seja promulgada em 2001, no Estado de Pernambuco, já em 1994 foi promulgada a Lei nº 11.064/94, que já previa a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental, na qual em seu artigo 1º afirma ser direito do “cidadão portador de transtorno psíquico”: tratamento humanitário; proteção contra a exploração; respeito à sua liberdade e oferta de recursos terapêuticos; assistência universal e integral à saúde; acesso a meios de comunicação; integração social.

Salienta-se, portanto, o parágrafo único, do mesmo artigo ao informar que “o disposto neste artigo se aplica também aos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, resguardando o que dispõe o código penal”. Desta forma, todos esses direitos da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei no Estado de Pernambuco devem ser respeitados, ainda que dentro dos limites do Código Penal (PERNAMBUCO, 1994).

Em 2018 foi divulgada a Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco que visa cuidar da saúde mental no território pernambucano, a política abrange aspectos como: Atenção Básica; Atenção psicossocial estratégica; Atenção psicossocial Infanto-juvenil; Cuidado no contexto do uso de drogas e redução de Danos; Desinstitucionalização; Atenção à crise; Judicialização na saúde mental; e outras interfaces no campo da Saúde Mental (PERNAMBUCO, 2018). Destaca-se, portanto, que uma das ações da política consiste em:

Articular a rede intersetorial para atender às dimensões da vida do sujeito, em suas diversas faixas etárias, com o sistema judiciário, conselhos, rede de assistência social, rede de ensino, órgãos de acesso a emprego, geração de renda, economia solidária, setores ligados à cultura e oferta de atividades de lazer, sistema de transporte coletivo, acesso à moradia, abrigo provisório, proteção a pessoas em situação de ameaça e violência, além dos cuidados que fazem parte das políticas públicas que fazem proteção a pessoas em situação de ameaça e violência, além dos cuidados que fazem parte das políticas públicas que fazem frequente interface como as políticas voltadas para a infância, as mulheres, do idoso, da população negra, quilombola, LGBT, indígena, do campo, em situação de rua e carcerária⁶. (PERNAMBUCO, 2018, p. 18)

Logo, mais que uma política focalizada, é uma política intersetorial, tendo ciência que a saúde é multicausal, ou seja, as várias dimensões da vida influenciam na saúde, o que não é diferente com a saúde mental. Nesta perspectiva, a Lei de Reforma Psiquiátrica, 10.216/01,

⁶ Grifo da autora.

a lei estadual 11.064/94, e a Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco balizam a atenção em saúde mental no âmbito de Pernambuco, sendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) um instrumento de base territorial capaz de substituir a imagem do hospital psiquiátrico como local primevo no atendimento à pessoa com transtorno mental, incluindo aquelas em conflito com a lei. Segundo dados da Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASAM), em Pernambuco, a RAPS é constituída por:

Quadro 3: Quantitativo de serviços da RAPS em Pernambuco

Equipamento	Quantidade em PE
CAPS I	78
CAPS II	22
CAPS i	13
CAPS III	10
CAPS AD	11
CAPS AD III	7
SRT	98
Consultório de/na Rua	12
Unidades de Acolhimento (UAA7 e UAij8)	7
Enfermaria psiquiátrica em hospital geral ⁹	12 leitos
Leitos de atenção integral em saúde mental em hospital geral	127 leitos
Serviço de Urgência e Emergência	115 leitos ¹⁰
Hospitais psiquiátricos ¹¹	263 leitos

Fonte: Adaptado de GASAM, 2020.

Percebe-se, portanto, que o estado de Pernambuco tem investido na ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em seu território, tal aspecto fortalece a discussão de que, como preconizado em lei, a internação compulsória deve ser a última opção, quando esgotados todos os recursos extra-hospitalares, sendo uma discussão atual ao compreender que tais recursos, sim, existem, o que há é uma tendência pela hospitalização.

Parte desse pressuposto a importância de que o debate sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) chegue aos usuários, familiares, sociedade, mas, também, aos profissionais

7 Unidade de Acolhimento Adulto.

8 Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil.

9 Hospital das Clínicas da UFPE.

10 Todos os leitos são no Hospital Ulysses Pernambucano.

11 Segundo a GASAM, atualmente, ainda existe três hospitais psiquiátricos em Pernambuco: Hospital Colônia Alcides Codeceira, em Igarassu; Comunidade Terapêutica de Olinda, em Olinda; Clínica Psiquiátrica São Vicente, em Serra Talhada. Dos três somente o primeiro é de gestão pública estadual, os demais são privados. O Hospital Colônia Alcides Codeceira é, também, o único "Hospital com porta de entrada fechada, 100% da população internada é de longa permanência" (GASAM, 2020). Tais informações demonstram que o processo de desinstitucionalização não se limita ao HCTP-PE.

do direito, para conhecerem o que é a RAPS e as suas muitas possibilidades, e também aos profissionais da saúde, a estes o Estado deve ofertar uma formação continuada para o melhor atendimento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei em meio aberto.

Na territorialização da rede de atendimento em saúde mental, a participação do município é essencial (BARROS-BRISSET, 2010), seja numa comissão bipartite ou tripartite (BRASIL, 1990), é importante que a discussão da saúde mental não se limite ao âmbito do Governo Federal ou Estadual, o município é personagem importantíssimo na efetivação da política.

Outrossim, segundo a lei 11.064/94, art. 6º: "a implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades sócio-culturais, locais e regionais, garantida a gestão social destes meios". A descentralização e territorialização do atendimento permite ao usuário da política mais proximidade aos serviços e mais participação e possibilidade de integração entre usuário-família-comunidade.

PANORAMA GERAL DO HCTP PERNAMBUCO

No Brasil, o primeiro hospício público foi criado no Rio de Janeiro em 1852, "no Brasil, a criação oficial dos manicômios judiciários ocorreu em 22 de dezembro de 1903, pelo Decreto nº 1.132/1903" (MPF, 2011, p. 29), o primeiro Manicômio Judiciário (MJ), denominado Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, foi inaugurado em 1921 (SANTOS e FARIAS, 2015; CARRARA, 1998). Um dos grandes entraves atuais no avanço da Luta Antimanicomial é a existência do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), antigo Manicômio Judiciário (MJ), local destinado para o tratamento dos inimputáveis, por apresentarem transtorno mental.

Atualmente, o HCTP está inserido no Código Penal (CP), decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, a medida de segurança está inserida no art. 96, ao inimputável não é conferida pena, mas, sim, uma medida de segurança. O CP estabelece os tipos de medida de segurança, subdivididos em: internação e tratamento ambulatorial; na Lei de Execução Penal (LEP), artigos 171 ao 179. Vale ressaltar que a medida de segurança não se configura como pena, devido a inimputabilidade do indivíduo, visto que "enquanto a pena está pautada no conceito de culpabilidade, a justificativa para a adoção da medida de segurança é a periculosidade presumida" (PRADO e SCHINDLER, 2017, p. 629).

Estando o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) inserido no Código Penal, aponta-se aí seu paradoxo, um equipamento de saúde gerido pela lógica prisional. É, portanto, imprescindível que a legislação penal esteja alinhada à Lei de Reforma Psiquiátrica (PRADO e SCHINDLER, 2017). Outro atenuante da lógica prisional na qual o HCTP está inserido encontra-se no art. 97, §1º, do Código Penal, que estabelece que “a internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade”.

A questão da periculosidade é alvo de um forte debate dos defensores da Luta Antimanicomial. A falta de transparência, o estigma, o preconceito, a junção da imagem do “bandido” e do “louco” no mesmo indivíduo e a invisibilidade das pessoas internadas dificulta que a família, a comunidade e a população de forma geral tenham ciência do que ocorre no interior desses estabelecimentos e, assim, ocorra a mobilização social. É preciso desconstruir a ideia de periculosidade, o estigma, a ilusão do manicômio judiciário como única opção.

É neste contexto que a lei colide com a escassez de profissionais médicos para realização da perícia, além de outros agravantes, como a falta de advogados nas unidades, ou até mesmo usuários que já tem a perícia positiva para a alta médica, mas que continuam internados em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (CFP, 2015). É nesse sentido que as medidas de segurança findam por se tornar “prisões perpétuas”, na qual se identifica casos de pessoas que passam mais de quarenta anos, algumas vezes internados até a morte, conforme Lira (2016, p. 151):

o que ainda prevalece são as “prisões perpétuas” nos HCTP. Isto porque homens e mulheres são mandados para tratamentos dos seus transtornos mentais até que acabe sua periculosidade. Já que a maioria dos casos é de transtorno crônico, não há fim da doença, e nem da periculosidade. Assim, os pacientes acabam permanecendo nas instituições por longos anos, de fato internados, e nem sempre recebendo tratamento terapêutico adequado. (LIRA, 2016, p. 151)

Tal fato é, portanto, inconstitucional, visto que a Constituição Federal de 1988 proíbe a pena de carácter perpétuo (BRASIL, 1988), ademais, segundo o Supremo Tribunal Federal (STF) a pena aos imputáveis não deve ultrapassar 30 anos, mas o que os estudos revelam é que os inimputáveis, muitas vezes invisibilizados, cumprem medida de segurança por prazo maior que a pena estipulada para o crime cometido (DINIZ, 2013). Este carácter perpétuo se dá,

entre outras razões, pelo abandono familiar e dificuldades político-institucionais em encaminhar para Serviços de Residência Terapêutica (SRT).

Na busca pela humanização no sistema judiciário, algumas leis, resoluções e portarias foram definidas, dentre elas destacam-se as resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), mais especificamente a Resolução CNPCCP nº 07 de 14 de abril de 2003, que "Recomenda a adoção de um elenco mínimo de ações de saúde no sistema penitenciário, pautadas pela lógica da atenção básica". A Resolução CNPCCP nº 05, de 04 de maio de 2004 que "Dispõe a respeito das diretrizes para o cumprimento de medidas de Segurança". Resolução CNPCCP nº 4, de 30 de julho de 2010, que apresenta as "Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança" (MS, 2010; SOARES FILHOS, BUENO, 2016).

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) também se manifestou acerca execução da medida de segurança no país, através da Resolução CNJ nº 113 de 20 de abril de 2010 e "Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências"; Recomendação CNJ nº 35 de 12 de julho de 2011, e "Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução de medida de segurança" (MPF, 2011; SOARES FILHOS, BUENO, 2016).

Para além, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/GM nº 94, de 14 de janeiro de 2014, que "institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)". Do mesmo modo, o Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Justiça promulgara a Portaria interministerial nº 1777 de 09 de setembro de 2003 que "Institui o Plano Nacional Saúde no Sistema Penitenciário" (MS, 2010; SOARES FILHOS, BUENO, 2016).

Tendo em vista que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) é um equipamento de saúde, é fiscalizado também pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com base na Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. ANVISA (Departamento de Normas Técnicas) que "Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde", sendo assim, a estrutura física do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) deve estar em consonância com o que prediz a ANVISA (MS, 2010).

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) é permeado por um dilema, a duplicidade na qual se apresenta, como hospital com fins de tratamento de saúde inserido

na política judiciária, está permeada por uma lógica gerencial punitiva e corretiva, que retira a principal característica de atendimento em saúde, na publicação "Parecer Sobre Medidas De Segurança E Hospitais De Custódia E Tratamento Psiquiátrico Sob A Perspectiva Da Lei N. 10.216/2001" do Ministério Público Federal, é afirmado que "o hospital psiquiátrico como instituição muito mais alienante que assistencial, com função mais custodial do que efetivamente terapêutica" (MPF, 2011, p. 20).

É, pois, necessário compreender os avanços e possibilidades de humanização no tratamento desse determinado grupo, segundo Silva (2018, p. 15-16) o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) "é o reflexo da desumanização do doente e sua mortificação. Passa a ser a representação de todos os excessos de um sistema penal deslegitimado e genocida: é a união do pior do sistema prisional com o pior do hospital psiquiátrico".

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco (HCTP-PE) foi criado em 1982 (DINIZ, 2013) e está localizado no Engenho São João, CEP 53900-000, Ilha de Itamaracá, PE. O HCTP-PE está ligado à Secretaria Executiva de Ressocialização (SERES), que está vinculada à Secretaria de Justiça e Direitos Humanos (SJDH) (SERES, 2012). Isto fortalece o que foi debatido anteriormente da dupla característica do HCTP, como instituição de saúde gerida pelo sistema de Justiça.

O Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN), ligado ao Departamento Penitenciário Nacional, é o responsável pela transparência da realidade prisional no país, é a partir dele que serão debatidas a seguir as informações referentes ao HCTP Pernambuco. Entretanto, vale frisar que os dados divulgados no INFOPEN não são suficientes para refletir com precisão a realidade do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), visto a falta de atualização regular dos dados feito pelos gestores das unidades prisionais, "logo, esses dados, embora oficiais, não correspondem ao total de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei em medida de segurança em HCTP's ou ATP's¹²" (MPF, 2011).

De acordo com os dados do Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN-2019), o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) possui 369 vagas, contando atualmente com um total de 334 usuários, sendo 180 (53, 89%) provisórios e 154 (46,11%) cumprindo medida de segurança, internamento ou tratamento ambulatorial. De acordo com o Ministério Público Federal (MPF), 2011, consta 411 pessoas em medida de segurança e 45 pessoas sem medida de

12 ATP: Ala de Tratamento Psiquiátrico (MPF, 2011).

segurança (MPF,2011). Os dados publicados pelo relatório do Conselho Federal de Psicologia (CFP) em parceria com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), publicado em 2015, também diferem, na qual após inspeção no já referido local foi indicado que haveria 584 usuários (CFP, 2015, p. 23). Em vistoria realizada em 2017 pelo Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE), foram identificados 445 “pacientes” (CREMEPE, 2017, p. 1).

A discrepância dos números demonstra duas possibilidades: houve uma oscilação no quantitativo de usuários no decorrer dos anos, ou os dados do Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN) não condizem com a realidade do HCTP Pernambuco. Não obstante, toma-se como base os dados do INFOPEN, por serem os mais recentes e o banco de dados oficial do Estado, assim, dos 334 usuários, 15 (4,49%) são do sexo feminino e 319 (95,51%) do sexo masculino, ademais não há informação de nenhum deles sobre a idade ou se possuem filhos.

Há a necessidade de intersetorialidade das políticas públicas, para identificação da família destes usuários e reinserção social, especialmente no que concerne o sistema prisional com as políticas de saúde e assistência social, conforme estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) nº 05, de 2004, art. 4º “Os pacientes inimputáveis deverão ser objeto de política intersetorial específica, de forma integrada com as demais políticas sociais, envolvendo as áreas de Justiça e Saúde e congregando os diferentes atores e serviços que compõem a rede” (MS, 2010, p. 96).

A falta de informações de cunho pessoal dos usuários revela a invisibilidade na qual estes sujeitos estão submetidos, de acordo com o CREMEPE (2017, p. 3): “Faltam Projetos terapêuticos Singulares (PTS) e Institucional (PTI)”. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) possibilita a singularidade do atendimento, cada indivíduo possui demandas próprias para seu cuidado, a generalização do atendimento não permite tratar as particularidades de cada indivíduo, ademais, a Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco, preconiza o “desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular” (PERNAMBUCO, 2018, p. 10). Desde o ano de 2019, há duas equipes que elaboram o Projeto Terapêutico Singular (PTS) dentro do HCTP-PE, uma delas é a equipe de atenção básica, que fica responsável pela elaboração do PTS de todos os usuários, menos os provisórios, e a outra equipe responsável pelo PST dos que estão de alvará, é a equipe de articulação.

Para mais, ainda que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) não esteja inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como rede de referência para atendimento da pessoa com transtorno mental, ela indica que o “desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular”, art. 2º, XII, Portaria 3.088/11. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) possibilita orientar os profissionais de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa.

Vale ressaltar que muitos dos crimes são cometidos intrafamiliares, o que resulta na quebra dos vínculos afetivos, intensificado pela internação e afastamento do sujeito do seio familiar, Lemos (2017), afirma que 50% das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) no HCTP-PE cometeram crimes intrafamiliares, resultando, muitas vezes, na recusa das famílias em receber o indivíduo de volta, sendo necessário um trabalho de fortalecimento e acolhida não somente do usuário, mas também com a família, ou seja, não é visualizar somente o indivíduo, mas é o estudo da totalidade social.

Sem embargo, de acordo com Santos, Farias e Pinto (2015, p. 1224): “As condições do sujeito com transtorno mental e sem família ganharam um grande peso durante muitos anos na manutenção da internação, fato que levou ao incremento das longas permanências, sem prazo de saída, independentemente do tipo de crime”. A internação compulsória propicia o rompimento dos vínculos afetivos e ocasiona na institucionalização e exclusão social, reforçando um papel tutelar do Estado.

Cenário semelhante foi identificado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) da Bahia, em seus estudos Prado e Schindler (2017) denunciam a situação dos usuários: “Pessoas inexistentes, sem conhecimento de sua origem; sem vínculos familiares; com codinomes, quem sabe; com idade incerta; anuladas; impossibilitadas de usufruir de seus direitos” (PRADO e SCHINDLER, 2017, p. 645). Esta situação resulta na perda de direitos, como a documentação, acesso a benefícios, como por exemplo, o Benefício de Prestação Continuada

(BPC)¹³, inserção no Programa de Volta para Casa¹⁴, e a maior dificuldade de transferência para Serviço de Residência Terapêutica (PRADO e SCHINDLER, 2017).

Desta forma, o abandono familiar acrescido à dificuldade de transferência para o Serviço de Residência Terapêutica (SRT), este último por dois fatores principais, primeiro pela ausência de documentos, como dito anteriormente, e segundo pela falta de investimento na ampliação do quantitativo de SRT's por parte do Poder Público; tal situação confere ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) uma dupla função, acolher indivíduos cumprindo medida de segurança e abrigar desinternados que não possuem outros laços sociais e locais de acolhimento (SANTOS, FARIAS e PINTO; 2015).

De acordo com a Resolução CNPCP nº 05, 2004, "A fim de garantir o acesso dos egressos dos hospitais de custódia aos serviços residenciais terapêuticos, deverão ser estabelecidas cotas específicas para estes pacientes" (MS, 2010, p. 97). Atualmente, existe em Pernambuco 98 Serviços de Residência Terapêutica (SRT's), dos quais a grande maioria, 50, está localizado no município do Recife (GASAM, 2020), conquanto a Política Estadual de Saúde Mental se compromete em "Assegurar o caráter residencial das residências terapêuticas e sua regulação pelo CAPS priorizando as pessoas institucionalizadas egressas de internações prolongadas e manicômios judiciários" (PERNAMBUCO, 2018, p. 36).

Acerca das "ações de reintegração e assistência social", 53 pessoas fazem atividades de laborterapia, sendo 6 internas mulheres e 47 internos homens; estes 53 recebem remunerações de $\frac{3}{4}$ a 1 salário mínimo¹⁵. Referente à "População prisional em atividade educacional", 281 estão inseridos em alguma atividade educativa, sendo 251 "Ensino Fundamental" e 30 "Ensino Médio", ou seja, dos 334 usuários, 84,13% estão estudando. Dos que conciliam laborterapia e estudo, concomitantemente, são 20 homens e 4 mulheres (INFOPEN, 2019).

13 Lei Orgânica da Assistência Social, lei nº 8.742/93, art. 20: "O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família". Considerando pessoa com deficiência aquela que "tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial", conforme artigo 2º, da Lei nº 13.146/2015, Estatuto da Pessoa com Deficiência. Estando a pessoa com transtorno mental também acobertada por tal Estatuto. Vale salientar que a pessoa privada de liberdade no HCPT, perde o direito ao BPC segundo o art. 12 da Portaria Conjunta do Ministério do Desenvolvimento Social nº 3, de 21 de setembro de 2018, inciso 1º: "O recluso em regime fechado, tendo sido preferida sentença ou não, não faz jus ao BPC."

14 Consiste em um benefício mensal para egressos de internação, conforme lei nº 10.708/03; art. 2º: "O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações".

15 Em 2019, o salário mínimo é R\$ 998,00, pelo Decreto nº 9.661 de 1º de janeiro de 2019.

Conforme censo realizado em 2011 no (HCTP-PE), "29% (127) eram analfabetos, 22% (96) tinham o ensino fundamental incompleto, 16% (71) tinham o ensino fundamental completo, 5% (20) tinham o ensino médio e 1% (5) tinha o ensino superior" (DINIZ, 2013). Demonstrando, portanto, que a grande maioria dos internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), não tiveram educação escolar básica.

Sobre os dados de saúde o Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN) informa que, acerca da estrutura física, possui: 02 consultórios médicos; 01 consultório odontológico; 01 sala de atendimento clínico multiprofissional; 01 sala de coleta de material para laboratório; 01 sala de curativos, suturas, vacinas e posto de enfermagem; 01 sala de procedimentos; 01 farmácia ou sala de estoque; 01 Depósito de Material de Limpeza (DML); 01 sanitário para pacientes; 02 sanitários para a equipe de saúde (INFOPEN, 2019).

Contudo, a unidade não possui estrutura para atendimento de urgência e emergência, o que finda por focalizar em ações de prevenção em saúde, e, também, ações de cuidado, excetuando-se aquelas de alta complexidade, como, por exemplo, cirurgias. Não possui Sala Vermelha e nem ambulância à disposição (CREMEPE, 2017), tal fato dificulta o atendimento dos usuários em caso de urgência e/ou emergência. "Elas [equipes de saúde] não respondem às demandas do sistema penitenciário, de pronto-atendimento, atenção 24 horas e urgências/emergências, para tanto contando com a organização de uma rede de serviços ambulatoriais e hospitalares de referência" (SILVA, 2010, p. 103). Em Pernambuco, o serviço de urgência e emergência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta apenas pelo Hospital Ulysses Pernambucano (HUP), em Recife, com 115 leitos (GASAM, 2020). No caso do HCTP, em situações graves de urgência/emergência os usuários são encaminhados para os hospitais da circunvizinhança.

A despeito da estrutura de atendimento em saúde, o Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE-2017) informa que o consultório do psiquiatra: "está equipado com tensiômetro, balança antropométrica, 02 bureaux, quadro de avisos e possui uma fechadura bastante precária"; a sala do psicólogo: "sem aeração, com 02 bureaux, uma pia sem equipamento de apoio à lavagem de mãos como toalhas de papel ou sabão líquido. Possui também duas cadeiras"; consultório médico com: "maca, impressora, computador, armário vitrine, tensiômetro de coluna de mercúrio, escadinha de 02 degraus, ar condicionado, 02 cadeiras, 02 mesas de apoio e negatoscópio"; posto de enfermagem com: "medicamentos, mesa, 02 cadeiras, geláguia, 02 armados vitrine, descartex e balde de lixo sem tampa"; a sala de curativo:

"possui aeração insuficiente, e está equipada com maca, escadinha de 02 degraus, foco luminoso materiais descartáveis em mesa de apoio"; e, a sala de observação/nebulização: "com oxigênio em torpedo mal fixado por fio de nylon, poltrona, maca sem lençol, não possui escada de 02 degraus, pia estava sem sabão líquido e há um armário vitrine neste ambiente"; além de não possuir Central de Material Esterilizado (CME) (CREMEPE, 2017, p. 2-3).

Foi destacado, também, pela equipe do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que o local não tem armário com chave para armazenar arquivos, o que interfere no direito ao sigilo profissional¹⁶ e que também é um direito do usuário, violando a lei 10.216/01, art. 2º, IV, "ter garantia de sigilo nas informações prestadas"; assim como a Resolução CNPCP nº 07, de 2003, o art. 1º, XVI, que reconhece que: "O registro das condições clínicas e de saúde dos apenados deverá ser feito e acompanhado em prontuário que acompanhará o preso em suas transferências. Esta documentação deverá ser mantida sob a responsabilidade do serviço de saúde penitenciária e garantido o seu sigilo". Não obstante, em 2017 o CREMEPE diz haver sala de arquivo possuindo armário e computador.

A equipe de saúde do HCTP-PE 01 dentista (temporário feminina); 08 enfermeiros, dos quais 07 temporários feminino e 01 temporário masculino; 02 clínicos gerais, temporários masculinos; 17 auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo 03 efetivos feminino, 13 temporário feminino e 01 temporário masculino; 05 psicólogos, sendo 04 temporário feminino e 01 temporário masculino; 07 psiquiatras, sendo 02 efetivos feminino, 03 efetivos masculino e 02 temporário masculino; 01 terapeuta ocupacional, temporário feminino; 01 técnico odontológico, temporário feminino; 01 médico especialista¹⁷, temporário masculino (INFOPEN, 2019).

Cenário diferente do qual foi encontrado em 2017, de acordo com relatório do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE), o HCTP-PE possui uma equipe de atenção básica composta por "02 médicos e 02 enfermeiros, 03 técnicos de enfermagem, 02 terapeutas ocupacionais, 01 nutricionista, 01 psicóloga, 01 assistente social e 01 equipe de saúde bucal"; possui também uma equipe de plantonistas: "07 plantonistas enfermeiras que cobrem toda a semana, incluindo as noites. Há 02 técnicos de plantão e 01 Enfermeiro plantonista todos os dias, incluindo as noites. Há 02 técnicos de plantão e 01 Enfermeiro plantonista todos os dias"; conta ainda com uma equipe de desinstitucionalização composta por "02 psicólogos, 02 assistentes sociais e enfermeiro; conta ainda com equipe de psicologia

16 O sigilo profissional é um direito tanto dos psicólogos, quanto dos assistentes sociais.

17 O INFOPEN não especifica qual a especialidade médica.

social formada por 03 profissionais de psicologia”; ademais “Escala de Plantão Médico conta apenas com 02 profissionais por semana, sendo domingo e terça-feira” não havendo médico diariamente para acompanhamento dos usuários (CREMEPE, 2017, p. 2).

Em concordância com a Resolução CNPCP nº 07, de 2003, art. 1º, IV, a equipe ambulatorial no sistema prisional deve ser composta pelas seguintes categorias profissionais: “01 médico clínico, 01 médico psiquiatra, 01 odontólogo, 01 assistente social, 01 psicólogo, 02 auxiliares de enfermagem e 01 auxiliar de consultório dentário com carga horária de 20 horas semanais. Nas unidades femininas deve haver sempre, pelo menos, 01 médico ginecologista”, e completa no inciso V, “Cada uma destas equipes deverá ser responsável por 500 presos”. Sendo assim, o HCTP-PE, está de acordo com esta resolução, sendo necessária a presença de uma profissional ginecologista, tendo em vista o HCTP-PE ser uma unidade mista.

A relação da equipe fornecida pelo Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN) em 2019 abrange diferentes categorias profissionais, que as detectadas pelo relatório do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE) em 2017. Não obstante, a equipe de saúde do HCTP-PE abrange várias especialidades profissionais o que coopera para a realização de um trabalho multidisciplinar e de um amplo acompanhamento de saúde, acerca disso destaca Silva (2010, p. 104): “as equipes não tem atribuições periciais, estando voltadas para ações de prevenção e promoção em saúde e tendo sido concebidas em uma perspectiva intersetorial, de articulação de setores e lógicas de ação governamental”. Para um atendimento em saúde eficaz é indispensável que a equipe esteja bem articulada e alinhada com a lei 10.216/01, além dos princípios e diretrizes do SUS.

Das patologias mais comuns, nas mulheres, 01 usuária tem sífilis; e nos homens: 04 tem hepatite¹⁸; 03 tem HIV; 03 tem sífilis e 02 com tuberculose (INFOPEN, 2019). A insalubridade e a superlotação são fatores causais para a disseminação de doenças dentro da unidade, segundo Silva (2010, p. 97): “As UP19s - sejam elas presídios, penitenciárias, colônias, cadeias, delegacias ou HCTP - são muitas vezes insalubres e superlotadas, facilitando a transmissão de doenças infecto-contagiosas (hanseníase, tuberculose, DST/AIDS²⁰ e hepatites, por exemplo)”. Para além da propagação de doenças infectocontagiosas, foram realizados diversos procedimentos de saúde.

18 O INFOPEN não especifica qual tipo de hepatite, se A, B, C, D ou E.

19 Unidades Prisionais.

20 Ainda que o INFOPEN utilize o termo DST, atualmente a nomenclatura correta é IST. Para mais informações ver: <https://www.saude.mg.gov.br/ist>.

Há ainda problemas de saúde de características infectocontagiosas recorrentes entre os usuários, problemas evitáveis com adequações da salubridade, somados a ações de profilaxia (prevenção e promoção de saúde). Outrossim, além da insalubridade detectada nas áreas dedicadas ao atendimento de saúde, a estrutura física geral do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) foi alvo de severas críticas por parte do Ministério Público Federal (MPF), do Ministério Público de Pernambuco (MPPE), do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE), do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) afirma, também, que “a estrutura física dificulta a operacionalização da dinâmica do serviço, que, além de precária, não tem manutenção” (2015, p. 23), identificou-se, também, problemas com infiltração em época de chuva que inviabiliza os serviços (CFP, 2015), tal problema foi identificado também pelo Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE-2017) além de mofo no teto, bocais defeituosos e sem lâmpadas, refeitório insalubre e sem aeração adequada. Com severos problemas estruturais e insalubridade que põe em risco a saúde dos sujeitos, além da propagação de doenças infectocontagiosas; precárias estruturas de trabalho para os profissionais; superlotação; o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) é hoje um dos maiores entraves do processo de desinstitucionalização e extinção dos hospitais psiquiátricos em Pernambuco.

Desta forma, o HCTP-PE deve buscar alinhar-se com a Lei estadual 11.064/94 que preza pelo tratamento humanitário, respeitoso e assistência universal e integral à saúde (PERNAMBUCO, 1994); e com a Lei 10.2016/01 que preza pelos direitos da pessoa com transtorno mental ao definir “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”; além de “ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” dentre outros”; sendo a internação último meio, quando esgotados todas as opções extra-hospitalares. (BRASIL, 2001). O que ocorre, na realidade, é uma tendência dos magistrados em encaminhar a internação.

O HCTP-PE vive um dilema, de um lado tem o esforço dos profissionais em oferecer um tratamento humanizado, o que se reflete nas ações de educação, laborterapia, aproximação com a família, acesso aos direitos, fiscalização por parte das categorias profissionais (a exemplo do CFP, OAB e CREMEPE); e por outro lado, apesar da dedicação dos profissionais, o

HCTP-PE encontra-se numa estrutura que rompe com direitos ao impossibilitar a expansão da individualidade, oferecer uma infraestrutura precária, recursos humanos não suficientes para a demanda, favorecer o rompimento dos vínculos afetivos e comunitários ao ocasionar a exclusão social, além de estimular o ideário da periculosidade do "louco" alimentando o preconceito e a discriminação da sociedade. Indo na contramão do que presam às leis, da humanização do atendimento em saúde e do tratamento de base comunitária como primordial, o que requer a ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Pernambuco.

Por fim, nas palavras de Marchewka (2001, p. 105): "O sistema atual de execução da medida de segurança no Brasil configura uma das maiores violações aos direitos humanos no mundo contemporâneo". Trata-se de uma conjunção do pior do sistema penitenciário com o pior do sistema manicomial, desumanizante, propaga uma imagem de periculosidade e materializa o preconceito em forma de exclusão social e tratamento degradante; a desinstitucionalização do HCTP-PE é, hoje, sine qua non para a garantia dos direitos e humanização da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desinstitucionalização da loucura ainda possui um grande caminho a ser percorrido, especialmente sob a aba de estereótipos e preconceitos que cercam a imagem da pessoa com transtorno mental em conflito com lei, especialmente no que se refere ao mito da periculosidade, tendo ciência de que a medida de segurança em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) não cumpre com o papel de tratamento com a qual foi criado, adquirindo um papel punitivo e desumanizante. O cenário atual do HCTP-PE é contraditório ao ser um estabelecimento para tratamento de saúde, e que não possui estrutura física e nem recursos humanos suficientes para tal.

Contudo, já há avanços sendo percebidos no país, dos quais os maiores marcos são a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira nº 10.216/01 e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria 3.088/11 do Ministério da Saúde. Tais instrumentos legais possibilitam vislumbrar um futuro sem a imagem central do hospital psiquiátrico e a garantia da humanização à pessoa com transtorno mental, inclusive daquela em conflito com a lei, são essas leis que balizam o

processo de desinstitucionalização e a criação de estratégias para a extinção do HCTP de Pernambuco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. coord. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [online]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. Criança, mulher e saúde collection. ISBN 978-85-7541-335-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

ANVISA. **RESOLUÇÃO-RDC No 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002**: Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html#:~:text=Dispõe sobre o Regulamento Técnico,de estabelecimentos assistenciais de saúde.>. Acesso em: 27 ago. 2020.

BARROS-BASSET, F. O. DE. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1988.

BRASIL. Decreto no 1.132, de 22 de dezembro de 1903: Reorganiza a Assistência a Alienados. **Diário Oficial da União**, 1903. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Decreto no 9.661, de 1o de janeiro de 2019. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/ /asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57510734/do1esp-2019-01-01-decreto-n-9-661-de-1-de-janeiro-de-2019-57510684>. Acesso em: 18 ago. 2020.

BRASIL. Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940: Código Penal. **Diário Oficial da União**, 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. **Estatuto da Criança e Do Adolescente**. Câmara dos Deputados, 1990.

BRASIL. Estatuto da Pessoa com Deficiência. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2015.

BRASIL. Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984: Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm>. Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Lei no 8.080. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 1990a.

BRASIL. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, 1990b.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Diário da República**, 1a série - no 116, 2001.

BRASIL. **Lei no 10.708, de 31 de julho de 2003**: Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 26 ago. 2020.

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social: Lei no 8.742 de 7 de Dezembro De 1993. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1993.

BRASIL. Portaria no 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde (sus). **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Portaria no 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2017.

CARRARA, S. **Crime e Loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. São Paulo: edUSP, 1998.

CFP. **Inspeções aos Manicômios**: relatório Brasil 2015. 1. ed. Brasília, DF: CFP, 2015.

CNES. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. CNES, 2020. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/2607602639351>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

CNJ. **Recomendação CNJ no 35 de 12 de julho de 2011**: Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução de medida de segurança. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files//recomendacao/recomendacao_35_12072011_22102012170144.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

CNJ. **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_comp_113_20042010_25032019154646.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

CNPCP. **Resolução no 4, de 30 de julho de 2010**: Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. Disponível em: <<http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/2010/resolucao4de30dejulhode2010.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2020.

CNPCP. **Resolução no 05, de 04 de maio de 2004**. Disponível em: <<http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/2004/resolucao05de04demaiode2004.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2020.

CNPCP. **Resolução no 07, de 14 de abril de 2003**. Disponível em: <<http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/2003/resolucao07de14deabrilde2003.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2020.

CREMEPE. **Relatório de fiscalização**: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Itamaracá: CREMEPE, 2017.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo2011. Brasília: LetrasLivres: Editora UnB, 2013.

GASAM. **Rede de Atenção Psicossocial Estado de Pernambuco**. Recife: GASAM, 2020.

INFOPEN. **Levantamento Nacional de de Informações Penitenciárias**: período de julho a dezembro de 2019. Departamento Penitenciário Nacional, 2019. Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMmU4ODAwNTA+Y2lyMS00OWJiLWE3ZTgtZGNjY2ZhNTYzZDIiliwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MmYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

LEMOS, L. P. de. Avaliações e perspectivas atuais no campo da saúde mental do hctp do estado de pernambuco. UNICAP. **Anais...**2017.

LIRA, K. F. S. de. Hospitais de custódia, tratamento psiquiátrico e violação dos direitos humanos. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, v. 4, n. 2, p. 143-159, 2016.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.

MARCHEWKA, t. M. N. As contradições das medidas de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no brasil. **Revista de direito sanitário**, 2001.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTTA et al, **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 2ª São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto3-1.pdf> Acesso em: 14/08/2020.

MDS. Portaria conjunta nº 3, de 21 de setembro de 2018. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2018.

MPF. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei n. 10.216/2001**. Brasília, DF: MPF, 2011.

MS. **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MS. **Portaria no 94, de 14 de janeiro de 2014**: Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html>. Acesso em: 27 ago. 2020.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1o ed. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2011.

PRADO, a. M.; SCHINDLER, D. 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**, 2017.

PERNAMBUCO. **Lei no 11.064, de 16 de maio de 1994**. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=3997&tipo=>>>. Acesso em: 25 ago. 2020.

PERNAMBUCO. **Política estadual de saúde mental de Pernambuco**. Recife: Secretaria de Saúde, 2018.

SANTOS, A. L. G.; FARIAS, F. R. Criação e extinção do primeiro manicômio judiciário do Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 3, p. 515-527, 2014.

SANTOS, A. L. G. DOS; DE FARIAS, F. R.; PINTO, D. DE S. Por uma sociedade sem hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. **Historia, Ciências, Saúde** – Manguinhos, v. 22, n. 4, p. 1215-1230, 2015.

SANTOS, I. Y. de A. **Crime e loucura**: a falta de estrutura e o desafio enfrentado durante o processo de internação no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico da ilha de itamaracá. Caruaru: Centro Universitário Tabosa de Almeida, 2018.

SERES. **Unidades prisionais**: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. 2012. Disponível em: <<http://www.seres.pe.gov.br/unidade/17/hospital-de-custodia-e-tratamento-psiquiatrico>>. Acesso em: 14 ago. 2020.

SILVA, M. L. F. M. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Pernambuco**: a invisibilidade do psicótico criminoso. Caruaru: Centro Universitário Tabosa de Almeida, 2018.

SILVA, M. B. B. e. As pessoas em medida de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no contexto do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.**; 20(1): 95-105, 2010.

SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. Direito à saúde mental no sistema prisional: Reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2101-2110, 2016.