A FALTA DE VAGAS EM HOSPÍTAIS DE CUSTÓDIA: REFLEXÕES DIANTE DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Isabela Maria Amante Pedroso[1]

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo discutir a falta de vagas em hospitais de custódia no Brasil para cumprimento da medida de segurança de internação imposta aos inimputáveis e semi-imputáveis. O artigo 99 do Código Penal expressa que o internado será recolhido em estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento, todavia, com a demanda judiciária, a proporção entre o número de vagas em hospitais de custódia e o número de pessoas que deveriam sofrer a internação destoa em níveis alarmantes. A execução, em prática, torna-se nebulosa e precária em razão das grandes deficiências pré-existentes no sistema de aplicação das medidas de tratamento aos inimputáveis. Todavia, existe grande paralelo entre a constitucionalidade de submeter um indivíduo a tratamento em HCT e a inconstitucionalidade do mesmo ser cumprido em circunstância diversa da prevista em lei e em decisão de primeiro grau, como em presídios comuns. Para propor uma solução para tal, é necessário adentrarmos o mundo das medidas de segurança e, brevemente, a reforma psiquiátrica brasileira, utilizando-se de método documental e bibliográfico, além da legislação vigente, para, desta forma, propor uma solução através do tratamento ambulatorial, uma vez que, o Brasil não possui recursos suficientes para suprir a demanda de pessoas sujeitas a internação.

Palavras-chave: Falta de vagas em hospitais de custódia; direito penal; internação; reforma psiquiátrica; medida de segurança.

ABSTRACT

The present text aims to discuss the lack of vacancies at custody hospitals in Brazil for the fulfillment of the security measure of hospitalization imposed on the inimitable and semi-imputable. The 99th article of the penal code express that the inmate will be collected to an establishment endowed with hospital features and will undergo treatment, however, with the lawsuit, the proportion between the number of vacancies in custody hospitals and the number of people that should be held inmate differs in alarmant levels. The excecution, in practice, becomes cloudy and precarious, because of the great deficiencies already existent in the system of application of measures of treatment to the inimputable ones. However, there exist a huge parallel between the constutionality of submit an individual to a HCT treatment and the unconstitutionality of it being fulfilled in different circunstances of the ones provided by the law and in first grade decisions, like in common prisions. To propose a solution to this, it's necessary to enter the world of security measures and, briefly, in the brazilian psychiatric

[1] Graduanda do Curso de Direito da Universidade da Santa Cecília – Santos/SP

reform, using a documentary and bibliographic method, in addition to the current legislation, to, this way, purpose a solution through outpatient treatment, since, once the Brazil does not have enough resources to supply the demand of those people's subject to hospitalization.

Keywords: Lack of vacancies in custody hospitals; criminal Law; internment; psychiatric reform; security measure.

INTRODUÇAO

A medida de segurança é espécie de sanção penal que deve ser aplicada em decorrência dos delitos praticados por aqueles ditos como inimputáveis e semi-imputáveis (em caráter substantivo).

Tais indivíduos possuem desequilíbrios em sua psique, muitas vezes sendo incapazes de controlar seus impulsos, atividade, condutas e ou de demonstrar afetividade, controlar seus relacionamentos interpessoais. Entretanto, pela antijuridicidade enraizada em suas condutas, é necessário um acompanhamento estatal correto. É visível que para aqueles nomeados popularmente como "loucos", não é possível aplicarmos sanções ou penas comuns, uma vez que não surtirão qualquer efeito sobre eles.

A abordagem a ser feita é diferente das costumeiras, deve ser proposto tratamento adequado e eficaz, aliado, em vezes, a diversas formas de terapia. Atualmente, o tratamento dos inimputáveis é realizado através de internação compulsória em Hospitais de Custódia e Tratamento (HCT), ou, por acompanhamento ambulatorial.

Nos chamados manicômios judiciários, como eram nomeados os HTC's antes da metade do século XX, ficavam os internos muitos anos sob a custódia do Estado, lá permanecendo, sem qualquer tratamento adequado ou quando era fornecido, beirava a tortura e os maus-tratos. A precariedade e a falta de condições necessárias para o atendimento dos enfermos mentais ficaram marcadas na história processual penalista e médica-psiquiátrica, como uma verdadeira afronta aos direitos humanos.

Com o advento da Lei nº 10.2016/2001 e, ainda, com a reforma psiquiátrica, as referidas instituições mentais foram substituídas por medidas terapêuticas, com políticas muito mais humanas.

Entretanto, com o aumento das infrações cometidas por essas pessoas e com as decisões judiciais determinando a aplicação de medidas de segurança, há grande defasagem nos locais direcionados aos tratamentos de internação. Não existem vagas suficientes ou locais para atender a essa nova demanda.

Com as faltas de vagas em Hospitais de Custódia e Tratamento, é necessária uma nova abordagem diferenciada, com levantamento e estudo de dados disponibilizados pelo governo, para propor soluções eficazes. Este é o objetivo deste artigo.

1 OS ELEMENTOS HISTÓRICOS DA INIMPUTABILIDADE

A origem da medida de segurança está baseada na necessidade de segregação criada pelo Estado e pela sociedade, entretanto, o conceito atual de inimputabilidade nem sempre foi uma verdade absoluta.

A visão sobre ela passou por uma longa metamorfose que englobou diversas abordagens religiosas, poéticas, morais, humanas e cientificas. Logo, é bem claro que nem sempre a inimputabilidade foi encarada como um grande mal.

Para muitos, ela é uma característica da mente humana e, como concluiu Carl Jung, em seus estudos: "Nós precisamos entender melhor a natureza humana, porque o único perigo real que realmente existe é o próprio homem".

Alguns filósofos levaram anos discutindo se o homem era bom, se ele nascia mau, ou, se a sociedade o corrompia, sem realmente discutir os elementos chaves da mente humana.

Logo, o conceito filosófico mais próximo ao direito, acerca da inimputabilidade, é que se trata de uma característica humana, ela nasce com o homem e se manifesta ou não ao longo de sua vida.

E, a priori, ela é definida no Código Penal, no seu artigo 26, como doença mental ou desenvolvimento retardado ou incompleto, que torna o agente incapaz de se determinar ou entender o caráter ilícito da ação ou omissão.

Esta visão advém de uma longa jornada e de grande evolução cientifica.

1.1 A antiguidade clássica

Enquanto nos períodos pré-históricos o homem louco era representado por um sábio com podres divinos a serem alcançados e possuidores da verdade absoluta, a antiguidade clássica é representada por uma quebra dessa visão. Porém, é necessário ter uma visão dúbia, pois ao mesmo tempo em que essas pessoas eram vistas como possuídas ou possuidoras de grandes poderes malignos, muitas vezes eram marginalizadas por famílias e, também, tinham como única opção o confinamento no âmbito familiar (MORAES FILHO, 2006, digital).

Quando não tinham a opção de ficarem enclausuradas e sob os cuidados de seus patriarcas, o seu único destino era ficar vagando, sendo alvo de todos os tipos de discriminação.

E é bem verdade que o Estado não tinha qualquer interesse nos inimputáveis, uma vez que, também, considerava incabível a ideia de puni-los em virtude de infração penal causada pelos mesmos, isso porque se entendia que a própria loucura era um castigo dos Deuses e que a ausência de sua capacidade de se determinar ou, ainda, de entendimento sobre a ilicitude dos fatos, tornava impossível apenar qualquer conduta.

1.2 A idade média

A idade média trouxe a evolução das concepções acerca do inimputável, na proporção em que também retrocedeu. Enquanto, por um início, trouxe a sua aproximação e maior aceitação, em contrapartida, com as passagens bíblicas e a busca da Igreja Católica pelo poder, o inimputável voltou a ser tratado com extrema intolerância, sendo considerado como uma pura e simples expressão diabólica e maléfica contrária aos ensinamentos divinos.

Durante a idade das trevas, qualquer quebra deste conceito foi perseguida pela Igreja, aqueles que tentavam solucionar o paradigma sobre a inimputabilidade eram mortos ou torturados, o que, logicamente, ocasionou pouco avanço sobre a questão.

Apesar de alguma parcela do poder concentrar-se nas mãos dos senhores feudais, a Igreja possuía o seu domínio, de modo que ela não ofertava qualquer ajuda aos inimputáveis, pelo contrário, impunha que a sua jornada fosse solitária, causando a exclusão do diferente, inclusive, com a proibição desses de ingressarem nos templos sagrados.

Apesar de não apresentar grande progresso, a idade média foi responsável pelo surgimento de hospitais, casas psiquiátricas e locais de confinamentos, contudo, a grande aposta da época foi a construções de barcos, pois estes eram destinados a aprisionar os inimputáveis, na medida em que eram proibidos de pisar em terra firme (MORAES FILHO, 2006, digital).

1.3 A idade moderna

A idade moderna trouxe a maior e mais nebulosa segregação dos enfermos, apesar da criação de grandes hospitais, houve, finalmente, a compreensão de que a mente humana deveria ser analisada sob o olhar da medicina.

Ainda, em 1409, em valência, o sacerdote Juan Gilabert, fundou o primeiro "manicômio", o qual era destinado ao acolhimento e tratamento dos inimputáveis. (PONTE, 2012, digital)

A idade moderna trouxe diversos estabelecimentos destinados a esses fins, mas, diferente da proposta de Juan Gilabert, os hospitais da idade moderna abrigavam todas as espécies de pessoas, desde criminosos, mendigos, a leprosos, privando-os da liberdade e reeducando-os através de maus tratos, violências, torturas e todo tipo de tratamento desumano. Era caracterizado como um cemitério dos esquecidos, aqueles que tinham como esse o seu destino, jamais veriam a liberdade novamente. Nesta época, os fins curativos eram deixados de lados e o Estado optava por uma cruel segregação, sem qualquer direito humano (PONTE, 2012, digital).

1.3 A nova definição de inimputabilidade

O Direito penal traz a premissa inicial de que a inimputabilidade é causada por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, na medida em que tem como consequência a incapacidade total de compreensão ou de determinação.

E ela é baseada em um critério biopsicológico misto, na proporção em que só é considerado inimputável se na ação ou omissão do agente houver a presença desse binômio.

Ainda, a inimputabilidade possui como consequência final a exclusão da culpabilidade, a isenção de pena (Artigo 26, Código Penal). Entendendo que, no momento em que foi realizada uma ação ou omissão o enfermo não queria produzir aquele ato e/ou não tinha capacidade de entendê-lo, não pode ele ser punido por suas consequências, da forma que um homem médio seria.

2 DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

A medida de segurança é um ato sancionador e preventivo aplicado pelo Estado, a fim de evitar a pratica de um novo ato delituoso e, ainda, tratar aquele que não tem capacidade de se determinar ou compreender, ou a tem reduzida.

Com a reforma de 1984, foi adotado o sistema vicariante no Brasil, ou seja, o juiz poderá aplicar somente pena ou medida de segurança, nunca as duas de forma concomitante, conhecido como duplo binário.

A sua aplicação deve respeitar o binômio da prática de fato previsto como típico e a existência de prova de potencial periculosidade em decorrência de sua inimputabilidade.

Ademais, o artigo 96 do Código Penal traz apenas duas espécies de medida de segurança: a restritiva e a detentiva. A medida restritiva consiste em internação nos chamados hospitais de custódia e tratamento, que abordamos neste artigo, e, a medida detentiva consiste nos tratamentos ambulatoriais, perdurando a sua aplicação por tempo indeterminado ou até que cesse a condição do agente.

Importante ressaltar que apesar de ter um caráter indeterminado, a súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça deixa claro que o limite da medida de segurança não deve superar o máximo da pena em abstrato, desta forma, ainda levando em consideração que é proibido a perpetuação da pena, o prazo declarado como indeterminado é meramente teórico, onde, poderá ser apreciada a imputabilidade do agente através de laudo médico, dentro do prazo de 3 anos mínimos, após a sentença ou a qualquer tempo, desde que determinada pelo juiz da execução penal.

3 A HISTÓRIA DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO

Em 1651, com o advento das casas de caridade, o Estado teve a percepção de que era possível conter aqueles que possuíam qualquer transtorno psíquico e tinham dificuldades de se determinar. Criou-se, então, o Hospital Geral, local que serviria de acolhimento, entretanto, por não possuir caráter de ressocialização, foi utilizado somente como um abrigo, que serviria para retirar os inimputáveis e os demais marginalizados das ruas e deixar, mais uma vez, a margem da sociedade. Quase como um depósito ou esconderijo, onde sua única função era a tortura ou a exploração (MORAES FILHO, 2006, digital).

E é bem verdade que, durante grande parte do século XVII, a internação era considerada uma punição, onde não existiam tratamentos que colaborassem com o melhoramento do quadro apresentado, não existia qualquer dignidade, nem mesmo era considerado que essas pessoas tinham o direito a vida ou a liberdade, existia, entretanto, diversas formas de punir ou forçar ao trabalho, a dignidade destas pessoas neste período foi apenas um mito.

Os decretos e posicionamentos Estatais daquela época eram sucintos ao que se referia à inimputabilidade ou a qualquer medida de segurança. Os estabelecimentos eram verdadeiros depósitos, o homem perdia os seus direitos e a possibilidade de sua expressão. Por possuírem alguma alienação mental, essas pessoas não eram consideradas cidadãos, de modo que permaneciam isolados do resto da sociedade. Esta visão perdurou durante muitos anos, até a evidenciação e afirmação histórica-jurídica dos direitos humanos.

Durante a Revolução Francesa buscou-se o ideal de Liberdade, Igualdade e Fraternidade, a medicina cada vez mais se debruçava pelo estudo da mente humana e aos poucos a ideia de marginalização foi sendo quebrada, de modo a construir a ideia de inimputável como "paciente", ampliando o entendimento da necessidade de isolamento para fins terapêuticos (MORAES FILHO, 2006, digital).

Passaram-se anos até a medicina superar o entendimento de que os tratamentos brutais seriam suficientes para a ressocialização e a prevenção dos crimes cometidos pelos inimputáveis.

Mas não apenas isso, passaram-se anos até ser superado o entendimento de que o enclausuramento não era a melhor opção para disfarçar as falhas cometidas pelo Estado ao longo dos séculos.

No Brasil, os loucos eram abrigados nas Santas Casas de Misericórdia, nas Casas de Correção ou nos Asilos e, assim como nos outros países, a única função destes lugares era o isolamento, esconder essas pessoas e deixá-las a margem da sociedade, sem oferecer qualquer espécie de tratamento, exercendo, somente, um torto controle social, de modo que qualquer ordem policial poderia causar uma internação (CORREIA, 2009, digital).

Ademais, acerca das penalizações, já no século XVII foi observada, pelo Dr. Moura e Câmara, a necessidade de separar o louco responsável pela pratica de um ato criminoso dos outros indivíduos, inclusive, o Dr. João Carlos Teixeira Brandão defendeu a criação do primeiro manicômio judiciário (CORREIA, 2009, digital).

O Decreto nº. 1.132 de 22 de Dezembro de 1903, trazia a possibilidade de segregação daquele que por moléstia mental comprometesse a ordem pública ou a segurança das pessoas. Antes da criação do primeiro manicomio judiciario, aquele que estivesse enquadrado nas disposições deste decreto lei iria para asilos ou casas de correção, podendo, também, receber tratamento domicilar, caso que ocorria em pouquíssimas vezes.

O primeiro manicômio judiciário foi inaugurado em 30 de maio de 1921, no Rio de Janeiro, marcando a história como o primeiro centro psiquiátrico especializado da América Latina. Posteriormente, em decorrência da sua criação, iniciou-se uma série de inaugurações de manicômios em todo o país, dos quais devemos destacar o antigo manicômio judiciário de Franco da Rocha (CORREIA, 2009, digital).

Já nos anos 30, foi implantada uma das primeiras políticas nacionais que dispunha acerca da profilaxia mental, fiscalização dos serviços e assistência e proteção no Brasil. O Decreto lei nº 24.559 de 1934 trazia a necessidade de proteção e tratamento.

Sem qualquer fiscalização, a brutalidade, a falta de higiene, a desumanidade, eram realidades diárias e incontroláveis, a qual eram submetidos os internados, de modo que lhe eram renegados toda a espécie de direito.

Claramente, ainda não era alcançado o ideal de tratamento, mas o Brasil dava seus primeiros passos no estudo, na aceitação das doenças mentais e nas futuras penalizações por infrações cometidas.

A reforma processual de 1984 trouxe a visão de que a reclusão nem sempre é a melhor opção, já que no seu Artigo 96 ela trouxe a possibilidade de tratamento ambulatorial.

Desta forma, a visão de segregação e isolamento que trazia o manicômio judiciário foi quebrada, a proteção do individuo ganho um novo nome: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

O foco, não é mais prender o inimputável em uma instituição com poucos recursos e jogar a chave fora, mas é oferecer um tratamento necessário e adequado, sem os métodos brutais e arcaicos dos séculos passados.

4 A FALTA DE VAGAS PARA TRATAMENTO E CUSTÓDIA NO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO

Nos últimos anos diversos julgados apontaram que inúmeros inimputáveis cumpriam suas respectivas medidas de segurança em regime prisional comum, ofertando risco aos demais, uma vez que não recebiam qualquer tratamento e, ainda, representando constrangimento ilegal, visto que eles não podem ter a sua condição piorada em decorrência das faltas de vagas nos HCTP.

> "HABEAS CORPUS. EXECUÇÃO PENAL. MEDIDA DE SEGURANÇA. AUSÊNCIA DE VAGA EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. ESTABELECIMENTO PRISIONAL COMUM. CONSTRANGIMENTO ILEGAL. ORDEM CONCEDIDA. I. Imposta medida de segurança de internação, configura constrangimento ilegal a submissão do réu ao cumprimento de pena em presídio comum por mais de 01 ano, em razão da falta de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou outro estabelecimento adequado. II. A insuficiência de recursos do Estado e a gravidade do delito praticado não servem como fundamentação idônea a ensejar a manutenção do paciente em regime prisional comum, quando lhe foi imposta medida de segurança. III. Ordem concedida para determinar a transferência do paciente para hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou outro estabelecimento adequado, devendo, na falta de vaga, ser submetido a regime de tratamento ambulatorial, até que surja vaga em estabelecimento adequado à sua condição. (Brasil. Superior Tribunal de Justiça, 5ª Turma. **HC**. **nº 207.019/SP,** rel. Gilson Dipp, j. 18/18/2011, DJe. 31/08/2011, Disponível: https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/21085840/habeas-corpus-hc-207019-sp-2011-0112532-2-stj/inteiro-teor-21085841. Acesso em: 16 de fev. 2018)

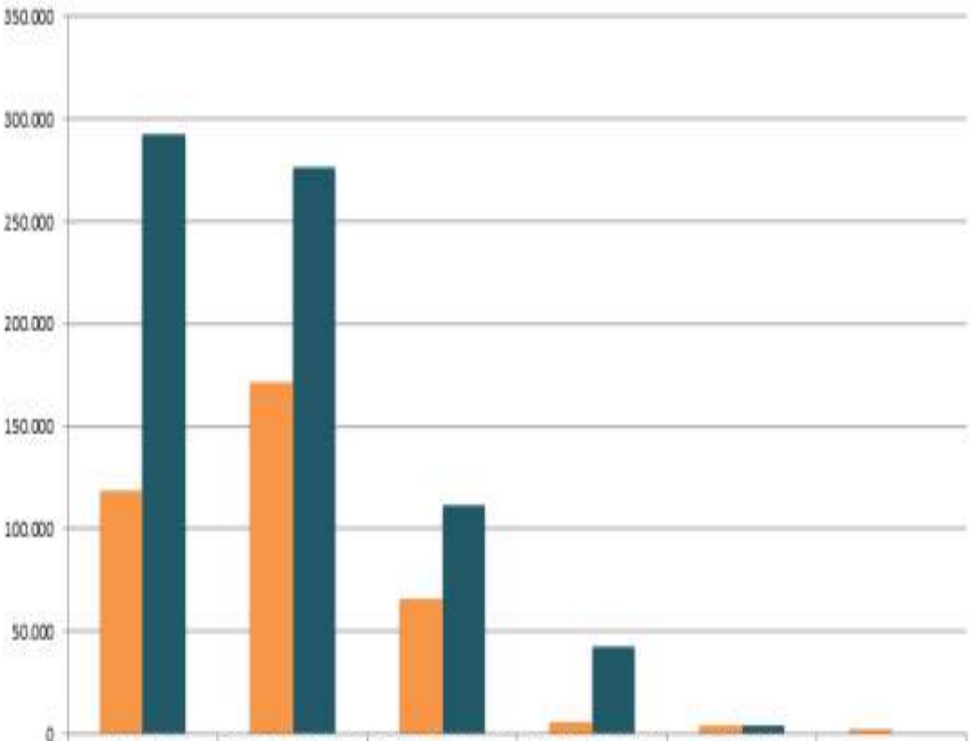
O Superior Tribunal de Justiça já definiu que o paciente não deve ser culpado pela negligência estatal.

Até 2011 o Brasil contava com 23 Hospitais de Custódia e 03 alas de tratamento psiquiátrico, com uma população total de 3.989 pessoas, quando apenas 2.839 estavam recebendo tratamento, segundo o Censo de 2011 (DINIZ, 2013, pág.35).

E os recentes dados do INFOPEN (sistema de informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro) apontaram que existem 28 centros para cumprimento de medida de segurança e, que em 2016, existiam 3.563 vagas, mas que havia a internação documentada de 3.770 pessoas, conforme se vê pelas tabelas e gráficos a seguir:

UF	Recolhimento de presos provisórios	Cumprimento de pena em regime fechado	Cumprimento de pena em regime semiaberto	Cumprimento de pena em regime aberto	Cumprimento de medida de segurança
AC	2	6	2	0	0
AL	2	5	1	0	1
AM	10	5	2	1	1
AP	3	2	1	0	1
BA	5	6	2	0	1
CE	134	4	4	4	2
DF	1	2	2	0	0
ES	12	12	5	0	1
GO	51	18	3	2	0
MA	3	5	2	2	0
MG	114	19	5	1	3
MS	2	24	16	2	0
MT	40	5	1	0	0
PA	15	16	3	0	1
PB	44	12	2	1	1
PE	67	9	2	0	1
PI	3	9	1	1	1
PR	7	18	5	0	1
RJ	15	17	8	1	3
RN	23	5	0	0	1
RO	20	11	6	5	1
RR	1	1	2	1	0
RS	15	48	17	1	2
SC	33	7	1	1	1
SE	3	2	0	0	1
SP	45	77	17	0	4
TO	37	2	3	0	0
Brasil	707	347	113	23	28

Tabela 1 - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN, 2016, pág.19).



	Presos sem condenação	Condenados regime fechado	Condenados regime semiaberto	Condenados regime aberto	Medida de segurança	Outros
Quantidade de vagas	118.447	171.664	65.580	5.560	3.563	2.066
Pessoas privadas de liberdade	292.331	276.471	111.176	42.527	3.770	

Tabela 2 - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN, 2016, pág.23).

Todos estes dados levantados demonstram uma discrepância entre as capacidades apontadas e o real número de ocupação nas instituições. Inclusive, a precariedade dos locais de tratamento corrobora ainda mais para o agravamento do quadro. O incêndio em Franco da Rocha, na região metropolitana de São Paulo, relatou, por exemplo, a fuga de 470 pessoas que recebiam tratamento (BOCCHINI, 2018).

As informações apresentadas pela Secretária da Administração Penitenciaria do Estado de São Paulo, através do seu site, são de que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Franco da Rocha I, em sua ala de desinternação masculina, apresenta a capacidade para atender 60 pessoas, mas, atualmente, conta com uma população de 199 pessoas.

Assim como, em Franco da Rocha II, contamos com a população de 201 pessoas, de modo que, a sua capacidade, na verdade, é para 188 internados.

Tais dados, só no estado de São Paulo, revelam a face da superlotação e divergência os dados divulgados pelo governo nacional, além disso, como podem tantas pessoas conviverem juntas e, ainda, receberem tratamento correto e adequado? É uma questão complexa.

O Conselho Nacional de Psicologia, no livro "Inspeções aos Manicômios" (expressão que caiu por terra com a reforma processual penal), trata muito bem sobre isso, o livro demonstrou que grande parte dos Hospitais responsáveis e as alas de tratamento no Brasil estão passando pela superlotação há muito tempo.

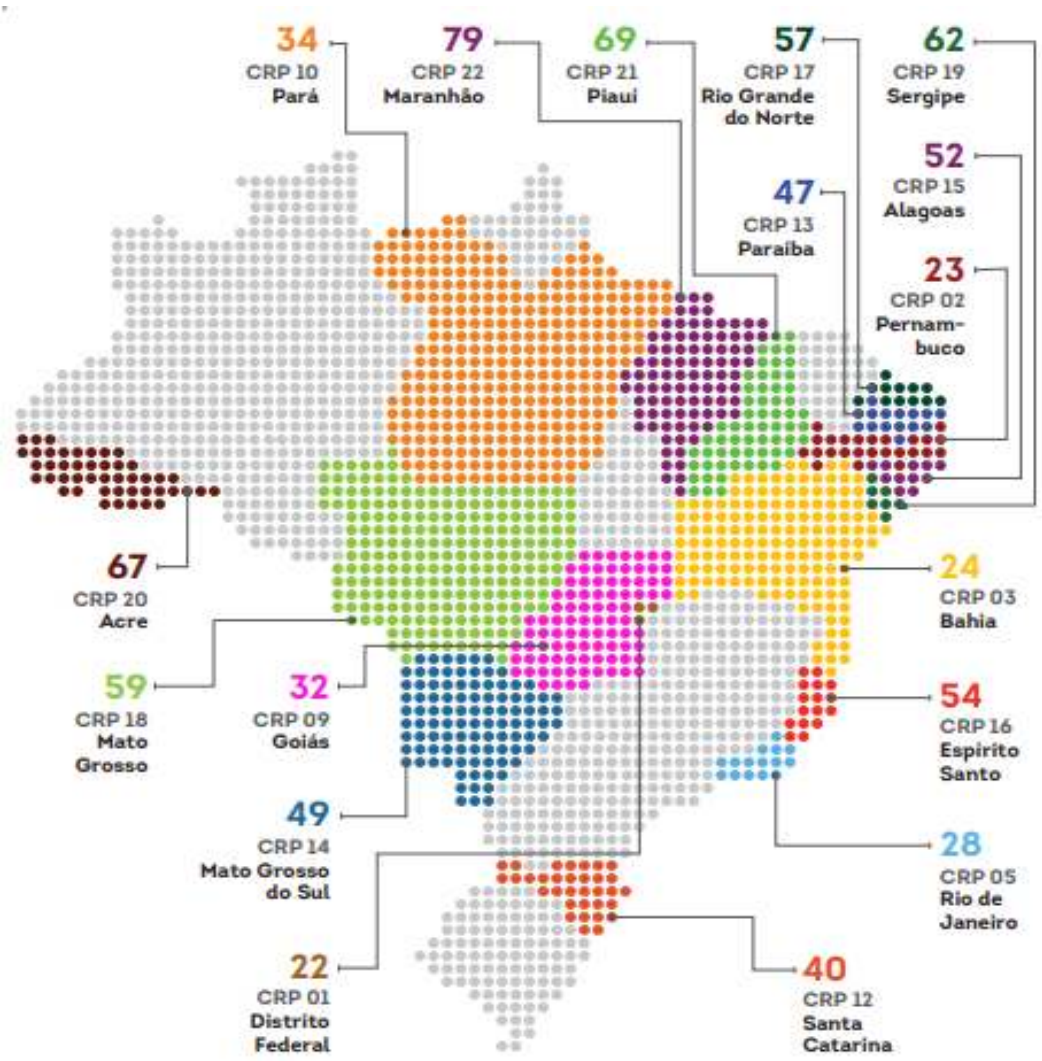


Figura 1 – Inspeções aos Manicômios (CNP, 2015, pág.11).

A tabela a seguir demonstra claramente que, desde 2015, existe clara desproporção entre as vagas disponíveis e o seu total de ocupação.

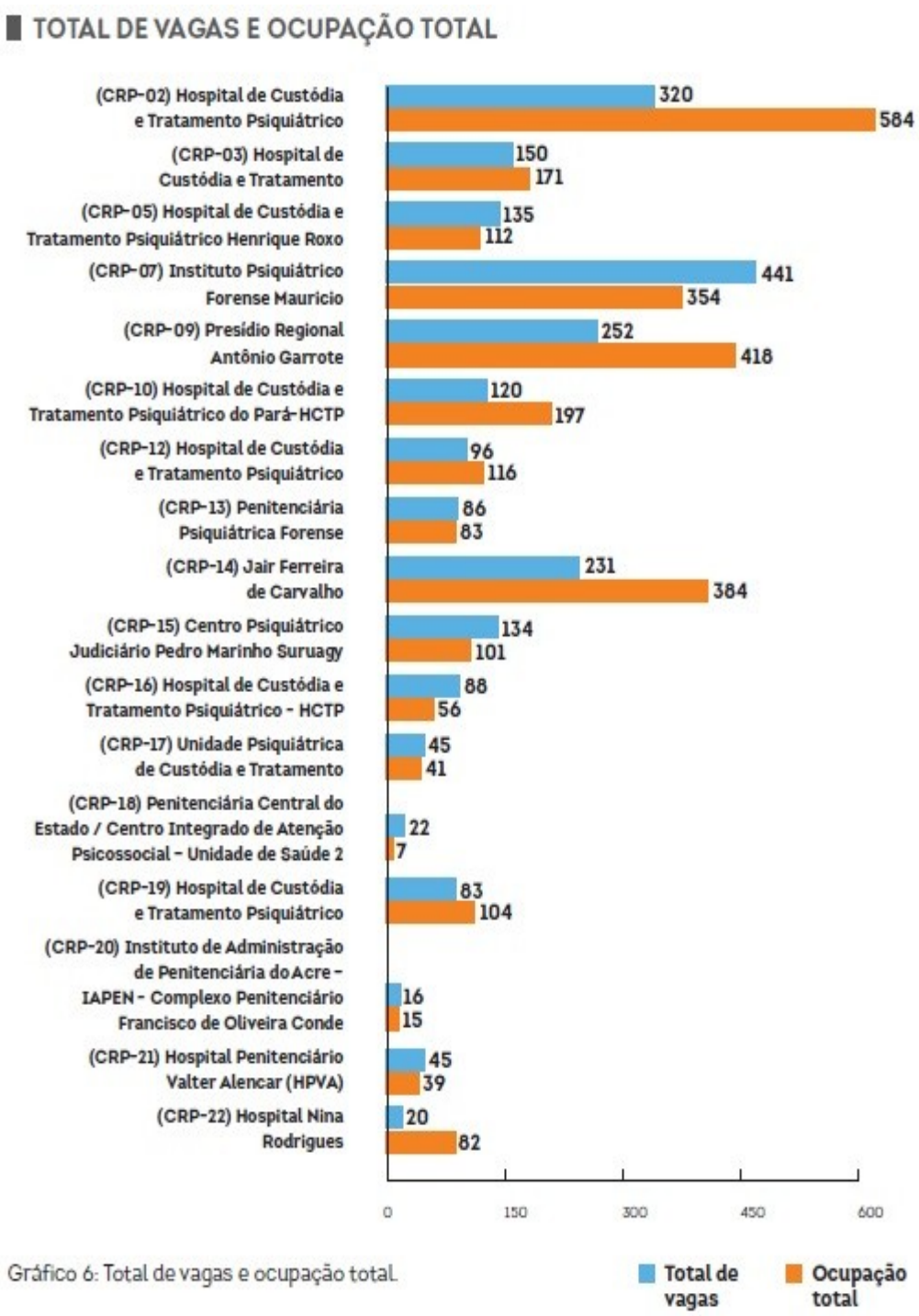


Gráfico 6: Total de vagas e ocupação total.

Tabela 3 – Total de vagas e ocupação (Fonte: Gráfico 6 - CNP, 2015, pág.92).

O livro apresentou, também, dados chocantes que mostravam que o país tinha a capacidade total para atender 2.284 pacientes, mas que atendia na época, em verdade, 2.864 pessoas, ou seja, muito acima do limite proposto, com uma ocupação em 125,39% das vagas propostas.

INSTITUIÇÃO	Vagas			Ocupação		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
(CRP-02) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	30	290	**320**	34	550	**584**
(CRP-03) Hospital de Custódia e Tratamento	50	100	**150**	12	159	**171**
(CRP-05) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátri-co Henrique Roxo	0	135	**135**	0	112	**112**
(CRP-07) Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio	-	-	**441**	25	329	**354**
(CRP-09) Presídio Regional Antônio Garrote	-	-	**252**	33	385	**418**
(CRP-10) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará-HCTP	-	-	**120**	17	180	**197**
(CRP-12) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	0	96	**96**	0	96	**116**
(CRP-13) Penitenciária Psiquiátrica Forense	86	86	**86**	0	83	**83**
(CRP-14) Jair Ferreira de Carvalho	-	-	**231**	-	-	**384**
(CRP-15) Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy	14	120	**134**	4	97	**101**
(CRP-16) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP	8	80	**88**	2	54	**56**
(CRP-17) Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento	0	45	**45**	0	41	**41**
(CRP-18) Penitenciária Central do Estado / Centro Integrado deAtenção Psicossocial - Unidade de Saúde 2	0	22	**22**	0	7	**7**
(CRP-19) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	8	75	83	9	95	**104**
(CRP-20) Instituto de Administração de Penitenciária do Acre - IAPEN - Complexo Penitenciário Francisco de Oliveira Conde	-	-	16	-	-	**15**
(CRP-21) Hospital Penitenciário Valter Alencar (HPVA)	0	45	45	0	39	**39**
(CRP-22) Hospital Nina Rodrigues	0	20	20	6	76	**82**
TOTAL GERAL	**196**	**1114**	**2284**	**142**	**2303**	**2864**

Tabela 4 - Inspeções aos Manicômios (CNP, 2015, pág.95).

Afora isso, o Conselho Nacional de Psicologia (2015, pág.95), ainda ressalta:

> Em médias as instituições que recebem o louco infrator estão acima de sua capacidade máxima em mais de um quarto. Entretanto as realidades são mais dramáticas em determinadas regiões. A situação mais grave foi averiguada no Maranhão, onde para cada vaga há quatro internos. (Conselho Nacional de Psicologia, Inspeções aos Manicômios. Brasília, 2015).

A coabitação de quatro pessoas em um único quarto é mais um efeito das faltas de vagas, uma vez que o Estado Brasileiro não se propõe a corrigir a situação e não existe fiscalização efetiva. A necessidade de cumprimento da medida de segurança, mesmo de forma inadequada, é a responsável pelas superlotações nessas instituições. Uma clara violação aos direitos humanos.

E, é difícil precisar as informações divulgadas, uma vez quase inexistente a fiscalização nesses ambientes, a verdade sobre as capacidades, sobre os limites e sobre quantas pessoas realmente encontra-se internadas é quase um mito. O livro ainda continua:

> Tendo em vista a falta de transparência com o trato das informações, e dada à precariedade das condições dos estabelecimentos, que dificultam a compreensão do critério usado para mensurar o número de vagas, ou considerar interditada alguma área da instituição, foi difícil saber, ao certo, qual a capacidade dos estabelecimentos visitados e quantos pacientes se encontravam efetivamente nesses locais. Sendo assim, apenas oito estabelecimentos informaram número de internados maior do que o número de vagas, e embora tenha sido dito que havia um total de 2864 pacientes custodiados nos HCTPs e tem unidades prisionais vistoriados, não nos parece que seja possível garantir a fidedignidade dessas informações, uma vez que foram identificados dados discrepantes ou incompletos em alguns estados. (Conselho Nacional de Psiquiatria, 2015, pág. 95).

As informações, ainda, mostram que instituições como o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco, com capacidade total de 320, em 2015 tinha a ocupação total de 584 internados.

Ainda, que, o Presídio Regional de Antônio Garrote, em Goiás, com capacidade para 252 pessoas, atendia, na verdade 418.

E, em Mato Grosso do Sul, no Hospital Jair Ferreira de Carvalho, com capacidade para atender 231 pessoas, tinha a ocupação total de 384 pacientes.

Com percentuais e margens tão altas, a única conclusão a se chegar é que a falta de vagas e o abarrotamento desses indivíduos em instituições com atendimento precário é uma relação de conexa. Isso porque, com a necessidade de cumprir a medida determinada pelos magistrados, o Estado simplesmente opta por transferir o apenado para uma instituição, tornando-o apenas mais um número afetado pela superlotação, ou, opta por colocá-lo em um sistema prisional comum, alegando justamente a inexistência de vagas. Ambas as ações ferem os princípios da dignidade humana.

5 UMA ALTERNATIVA À LUZ DA REFORMA PSÍQUIATRIA BRASILEIRA

O Código Penal, em seu Artigo 96, inciso I, determina a imposição de medida de internação, caso haja necessidade. Entretanto, na ausência de locais adequados, levanta-se a possibilidade do seu cumprimento em outro estabelecimento.

O Superior Tribunal de Justiça já manifestou que a manutenção e a obtenção de vagas nos hospitais de custódia são dever do Estado.

Entretanto, sem os estabelecimentos necessários à aplicação da medida referenciada e sem a possibilidade de aplicar pena privativa de liberdade, em virtude do constrangimento ilegal, houve a necessidade de apontar alternativa temporária.

A jurisprudência ainda não é pacífica, mas ela tem apontado a possibilidade de substituir a medida de internação por tratamento ambulatorial. Veja-se por todos:

> HABEAS CORPUS - MEDIDA DE SEGURANÇA - INTERNAÇÃO - INEXISTÊNCIA DE VAGA EM LOCAL ADEQUADO - PERMANÊNCIA EM PRESÍDIO COMUM - CONSTRANGIMENTO ILEGAL VISLUMBRADO. Se o condenado foi absolvido em razão de sua inimputabilidade, com aplicação de medida de internação, cabe ao Estado propiciar-lhe as condições para satisfazer o tratamento que lhe foi imposto, não sendo justo que o réu suporte as consequências da falta de aparelhamento do Estado. Considerando o manifesto constrangimento ilegal em razão do desvio na execução da medida de segurança aplicada, imprescindível a transferência do Paciente para hospital de custódia e tratamento psiquiátrico público no prazo máximo de sessenta (60) dias ou, na falta de vaga e ultrapassado o prazo ora fixado, seja o paciente realocado em cela separada dos demais reclusos e, simultaneamente, submetido a tratamento ambulatorial. (BRASIL. Tribunal de Justiça de Minas Gerais, 3ª Turma. **HC: 10000170810444000/MG**, rel. Paulo Cézar Dias, j. 21/11/2017, Dje. 01/12/2017, Disponível: https://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/527264391/habeas-corpus-criminal-hc-10000170810444000-mg. Acesso em: 16 fev. 2018).

E, as formas de tratamento ambulatoriais nada mais são do que os referenciados Centros de atenção psicossocial (CAPS), núcleos de atenção psicossocial (NAPS) e, também, os centros de referência em saúde mental (CERSAM).

O primeiro CAPS surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, chamado de Centro de Atenção Psicossocial Professor Cerqueira, originário de um intenso movimento reformista. Movimento este que tinha como meta denunciar os manicômios judiciários e que buscava uma nova visão terapêutica e assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, pág.12).

Com a missão de apresentar tratamento terapêutico, os ambulatórios representam uma opção ao sistema falho de disponibilização de vagas nos hospitais de custódia.

Ocorre que existe grande dificuldade de transformar esta proposta em prática, ao passo que, questões como transporte, alas especializadas, quartos para internações, devem ser discutidas em um futuro trabalho, pois, ainda que alternativo, o tratamento ambulatorial não será uma resolução simples e prática de ser realizada.

Quando o Judiciário aponta a possibilidade de transmutação dessa medida de segurança, ele não considera a capacidade real de seu cumprimento, na medida em que diversos ambientes não estão preparados para a recepção desses pacientes.

Mas, é fato que ter o tratamento ambulatorial aliado ao paradigma das vagas e da internação compulsória seria de extrema importância na resolução da problemática apresentada, mesmo que parcial. Não se questiona aqui a legalidade das internações, mas sim a impossibilidade de serem cumpridas.

Apesar do tratamento ambulatorial ser sim uma solução viável e possível, há nebulosidades acerca da realização, porém com o direcionamento certo governamental e o

incentivo dos setores públicos, este método representa uma grande solução que pode ser aliada a ressocialização do indivíduo.

Isto exposto, é fatal que deve ser implementada, cada vez mais, política de apoio ao cumprimento de medidas de segurança em locais como os centros de atenção psicossocial (CAPS), núcleos de atenção psicossocial (NAPS) e, também, os centros de referência em saúde mental (CERSAM), pois caso haja a impossibilidade, seja por falta de vagas, seja por inexistência de hospital de custódia, o inimputável poderá ser conduzido a tratamento, mesmo que temporário.

Ainda, acerca do tema, é necessário levantar a seguinte questão: Se o Juiz possui o poder discricionário de impor o tratamento ambulatorial, porque não fazer isso desde logo?

O fato é que o sistema penal brasileiro se transcreve como preventivo e pouco terapêutico. Os magistrados ainda apresentam medo e pouca fé nos tratamentos alternativos ao inimputável (CARVALHO VAZ, 2018, pág.9).

Apesar de tudo isso, é bem claro, no artigo 2º, inciso VIII, da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que o tratamento recebido pelo inimputável deverá ser realizado em ambiente terapêutico, pelos meios menos invasivos possíveis, de modo que dá a entender que a primeira possibilidade de medida a ser aplicada seria a de tratamento ambulatorial e não a internação compulsória do indivíduo. Na percepção de que a internação seria apenas em caráter secundário e não primário, ou seja, apenas em caso de falha nas terapias propostas (CARVALHO VAZ, 2018, pág.10).

Ainda, o artigo 4 º, *caput*, da referida lei, reforça: "A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes".

Medidas terapêuticas, em decorrência dos diversos movimentos sociais e reformistas, cada vez mais encaminham-se para substituir a privação da liberdade, na proporção em que, segundo as leis e sua interpretação, elas são prioridades, porque buscam a ressocialização do indivíduo e, ainda, respeito os princípios constitucionais da liberdade e da dignidade da pessoa humana (CARVALHO VAZ, 2018, pág.10).

CONCLUSÃO

O que se pode concluir acerca da falta de vagas em hospitais de custódia no Brasil é que o cenário é extremamente caótico e conflituoso.

Através da pesquisa levantada e dos dados apresentados, não há dúvidas quando constatamos que a aplicação da medida de segurança de internação está sendo realizada, em ao que parece, em desconforme com as diretrizes legais vigentes no nosso País.

Ademais, existe discrepância entre os dados levantados, disponibilizados e aquilo que corresponde com a realidade.

Os percentuais remetem a uma única conclusão: A superlotação e a falta de vagas são relações de causa e consequência, tal porque, se há a necessidade de cumprir a sanção determinada pelo judiciário, embora não havendo vagas disponíveis para suprimir tal ordem,

mesmo assim, diversos inimputáveis são alocados em hospitais de custódia, ainda que esses estejam funcionando acima da sua capacidade, como exemplificamos a convivência de quatro indivíduos no mesmo ambiente, fato que foge aos parâmetros determinados pelo sistema penitenciário e pelo governo.

Os dados levantados pelo Conselho Nacional de Psiquiatria demonstram que os hospitais de custódia estão funcionamento em mais de 100% sua capacidade, ou seja, existe uma superlotação. Se há 100 vagas, por exemplo, eles acolhem 140 indivíduos, o que é inconcebível imaginar, uma vez que a convivência de mais de um indivíduo no mesmo ambiente é uma grande afronta ao princípio da dignidade da pessoa humana, na medida em que se transmuta em algo insalubre.

Desta forma, é substancial concluir que tudo isso é efeito da postura governamental de não proporcionar instalações adequadas ou políticas de desenvolvimento que realmente solucionariam os conflitos apresentados.

E, infelizmente, o sistema penal de aplicação de internação psiquiátrica praticamente não serve ao fim a qual é destinado, tornando-se um mito legislativo, na proporção em que existe pouca eficácia no cumprimento das medidas de segurança de internação.

Desta forma, apesar das grandes dificuldades sobre o tema e a sobre a sua aplicação, é essencial buscar os centros de atenção psicossocial (CAPS), núcleos de atenção psicossocial (NAPS) e, também, os centros de referência em saúde mental (CERSAM), pois eles representam fortes ferramentas a serem utilizadas nos movimentos reformistas relacionados às medidas de segurança de internação.

É fatal entender que primeiramente devem ser buscadas formas terapêuticas de tratamento e, secundariamente, a internação do inimputável.

A lei é clara quando expressa que os tratamentos hospitalares só serão realizados quando não houver recursos extra-hospitalares suficientes. O Estado apresenta medo da socialização do inimputável, de modo que ainda prefere excluí-lo e segregá-lo, através de medidas de internação.

Então, o que podemos concluir é que, primariamente, deveria ser aplicada a medida de tratamento ambulatorial, pois ela apresenta elementos terapêuticos essenciais à melhora dos inimputáveis, contudo o governo ainda não superou o medo daquele considerado diferente, ao passo em que privilegia o elemento preventivo das medidas de segurança, esquecendo-se do caráter terapêutico da mesma.

A interpretação mais atual da lei vigente no nosso País é de que o tratamento ambulatorial seria a saída mais adequada para a solução de diversos conflitos presentes em nosso sistema, porém a sua aplicação continua sendo realizada em menor escala.

Logo, pode-se concluir que a medida de segurança de tratamento ambulatorial é, em diversos casos concretos, a melhor opção a ser posta em prática, primeiro, pois seria solucionada, em tese, a falta de vagas nos hospitais, segundo, porque através de diversos meios terapêuticos, ela propícia a possibilidade de melhora do quadro psicossocial do inimputável, tornando possível a sua reinserção na sociedade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Publicado em: 09/04/2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 23 fev. 2018.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Publicado em: 31/12/1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 02 jan. 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Publicado em: 05/10/1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 jan.2018.

BOCCHINI, Bruno. **Motim em Hospital de Custódia em Franco da Rocha Termina com Incêndio e Fuga.** UOL Notícias. São Paulo, 17, out. 2016. Disponível: http://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-brasil/2016/10/17/motim-em-hospital-de-custodia-em-franco-da-rocha-termina-com-incendio-e-fuga.htm. Acesso: em 09 jan. de 2018.

CARLOS PONTES, Antonio. **Da Inimputabilidade e Processo Penal**, 3.ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

CARVALHO VAZ, Maria João. **Uma Análise Crítica à posição do STF em relação à medida de segurança de internamento.** Instituto Brasileiro de Ciências Criminais. ISSN 1676-3661, Ano de 2018.

CORREIA, Ludmila Cerqueira**. Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito**. Revista Altrodiritto, ISSN 1827-0565. Ano de 2009. Disponível em: http://www.altrodiritto.unifi.it/rivista/2009/cerqueira/index.htm. Acesso em: 10 jan. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos Manicômios**. Ed. 1. Brasília, 2015. Disponível em: www.cfp.org.br. Acesso em: 15 jan. 2018.

DINIZ, DEBORA. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Universidade de Brasília, 2013.
GOULART, Maria Stella; DURÃES, Flávio. **A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização**. (2010). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a14.pdf. Acesso em: 16 de jan. 2018.

KUMMER OLIVEIRA, Lizete, **A Psiquiatria Forense e o Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul: 1925 – 1941**. Dissertação (Pós-Graduação em História). Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRS, Rio Grande do Sul.

LEVANTAMENTO NACIONAL DE INFORMAÇÕES PENITENCIÁRIAS**: INFOPEN. Atualização – Junho de 2016.** Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública.

Departamento Penitenciário, 2017. Disponível em: http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf. Acesso em: 02 mar. 2018.

MARCÃO, Renato. **Curso de Execução Penal**. 13.ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

MACHADO, Karina Arêa Leão. **Das Medidas de Segurança e da Lei da Reforma Psiquiátrica**. Jusbrasil. Ano de 2015. Disponível em: https://karinaarealeao.jusbrasil.com.br/artigos/203374050/das-medidas-de-seguranca-e-da-lei-da-reforma-psiquiatrica. Acesso em: 10 jan. 2017.

MANGOLINI, Bruno; ESPÓSITO, Bruno; BONOMI, Tomás**. Breve História dos Hospitais Psiquiátricos**. Conexões Clínicas. Disponível em: http://conexoesclinicas.com.br/breve-historia-dos-hospitais-psiquiatricos. Acesso: 02 jan. 2018.

MORAES FILHO, Marco Antonio Praxedes de**. Evolução histórica da inimputabilidade penal: uma abordagem cronológica da loucura na humanidade e seus reflexos na legislação criminal brasileira até o Código de Piragibe**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 11, n. 1017, 14 abr. 2006. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/8234. Acesso em: 2 dez. 2017.

RIOS GONÇALVES, Eduardo. **Curso de Direito Penal: Parte Geral**: Vol.1, São Paulo: Saraiva, 2015.

SAÚDE MENTAL NO SUS: **os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde**, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em: 20 fev. 2018.

SAÚDE MENTAL NO SUS: **Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015**. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf. Acesso em: 20 fev. 2018.

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIARIA. **Unidades Prisionais**. Disponível em: http://www.sap.sp.gov.br. Acesso em: 20 fev. 2018.