

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE

FACULDADE DE DIREITO DO RECIFE – FDR

CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ



BEATRIZ SOUSA RIBEIRO LUSO CALADO

**O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO ENQUANTO UM
DEPÓSITO DE LOUCOS:
CONSIDERAÇÕES ACERCA DA DIFICULDADE DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
DE PACIENTES COM MEDIDA DE SEGURANÇA**

RECIFE

2019

BEATRIZ SOUSA RIBEIRO LUSO CALADO

**O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO ENQUANTO UM
DEPÓSITO DE LOUCOS:
CONSIDERAÇÕES ACERCA DA DIFICULDADE DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
DE PACIENTES COM MEDIDA DE SEGURANÇA**

Monografia apresentada ao Curso de
Direito da Universidade Federal de
Pernambuco como requisito para
obtenção do título de bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^a Dra. Marília
Montenegro

RECIFE

2019

BEATRIZ SOUSA RIBEIRO LUSO CALADO

**O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO ENQUANTO UM
DEPÓSITO DE LOUCOS:
CONSIDERAÇÕES ACERCA DA DIFICULDADE DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO
DE PACIENTES COM MEDIDA DE SEGURANÇA**

Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão do Curso de Direito da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de bacharel em Direito.

Recife, ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr.
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof. Dr.
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof. Dr.
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Dedico este trabalho a todas as loucas e loucos, encarceradas ou não, tão invisibilizadas pela nossa sociedade manicomial.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Prof^a Dra. Emanuela Ribeiro e Prof. Dr. Luiz Carlos Luz Marques. Mais uma vez, afirmo: sem vocês nada seria possível, literalmente. Obrigada, mãe, pelas horas me ajudando a escrever de forma “menos dramática e mais acadêmica”, por ter transformado minha tabela em um Apêndice e ter feito tantas observações imprescindíveis para a confecção deste trabalho.

Em segundo lugar, preciso agradecer a minha orientadora, a Prof^a Marília Montenegro, que durante toda a faculdade foi para mim um exemplo de professora e pesquisadora, fomentando minha busca por um entendimento crítico e emancipador do direito. Muito obrigada, professora, nunca esquecerei o carinho que a senhora sempre dispensou para comigo.

Outra pessoa imprescindível na confecção desse trabalho foi a Dra. Ana Carolina Ivo Khouri, Defensora Pública do Estado de Pernambuco, lotada no HCTP estudado aqui. A famosa “Dra. Carol” me acolheu durante este último semestre de monografia para um estágio voluntário na Unidade e me deu acesso não só a documentos e informações, como também a um conhecimento abismal. Dra., a senhora é um exemplo de profissional e de ser humano, se a defensoria fosse formada só por pessoas com a sua ética, a sua competência e o seu profissionalismo, estaríamos feitos.

Aproveito para agradecer também a Diretora e a equipe do HCTP, que tão bem me acolheram. Muito obrigada, Dra. Cecy, diretora da Unidade, que me marcou com a sua competência e sua vontade de fazer um HCTP melhor. Não tenho como agradecer o tempo que a senhora dispensou me concedendo a entrevista que é tão importante para esse trabalho. Obrigada também à equipe administrativa do Hospital, Sr. Daniel com seu cafezinho e seu cumprimento sempre acolhedor, Beta sempre achando as pastas mais escondidas de todas, Alessandra e Joselma com a paciência para receber nossos milhares de ofícios diários, Sr. Petrúcio que me levou

a uma visita na unidade inteira já no primeiro dia de estágio e a toda a equipe que trabalha incessantemente para melhorar o HCTP no que é possível de ser melhorado.

Eu não poderia deixar de agradecer também a cada um dos pacientes com o qual tive contato, desde os concessionados que tanto nos ajudavam até os que apenas “existiam” na unidade – a existência de vocês é resistência. Obrigada Ivan e demais concessionados do apoio administrativo pelo auxílio com problemas do dia a dia como a fotocopadora que não se dava muito bem comigo; obrigada Bebê e demais concessionados da limpeza que nos salvaram de bichos e inundações; obrigada Aninha pela jujuba, pela paçoca e pela vontade incessante de ajudar outras mulheres a serem ouvidas, mesmo que não da mesma forma que você, mulher louca e lésbica, encontrou para ser notada. E, sobretudo, obrigada a cada um dos pacientes que me deu a oportunidade de ouvir sua história e lutar por seus direitos, foi através de vocês que vi a verdadeira face do estado segregador que mantém vocês nesse manicômio.

É imprescindível o agradecimento à Dra. Patrícia Magno, excelente defensora pública, professora e pesquisadora, que me colocou em contato com o mundo dos HCTPs e insuflou em mim a vontade de buscar um tratamento minimamente humano e justo para as loucas e os loucos presentes no sistema prisional. Ainda neste sentido, agradeço à equipe maravilhosa do nosso gabinete no NUSPEN/DPRJ, que me acolheu e me ensinou tanto no período em que passei estagiando no Rio de Janeiro. Por falar no Rio, preciso agradecer também imensamente aos amigos que fiz durante essa experiência, vocês além de terem me ensinado e acolhido, são um exemplo pra mim, visto que se destacam cada vez mais enquanto profissionais maravilhosos, me inspirando a sempre tentar ser como vocês.

Cabe a mim também agradecer a pessoas que reforçaram constantemente minha fé no Direito e me inspiraram a trabalhar cada vez mais em busca da justiça social. Acredito que a maior parte dessas pessoas nem tenha ideia disso, mas eu não poderia deixar de agradecer-las: Professora Mariana Weigert, que com uma aula

que assisti na FND me impressionou profundamente e me levou a ler seus estudos incríveis; Prof^a Luciana Boiteux, que com sua militância durante a campanha política de 2018 me inspirou a não desistir da luta; Prof. Hamilton Ferraz, que com suas aulas maravilhosas na cadeira de Legislação Penal Complementar me trouxe novamente o gosto por aprender direito; Prof^a Helena Castro que conduziu uma excelente cadeira de “Direito Processual Militar” e me colocou em contato com Dra. Carol; entre tantos outros mestres e mestras que tiveram seu lugar na construção da bacharela, mas antes de tudo, da pessoa que sou hoje.

Agradeço, por fim, mas não menos importante, aos meus companheiros de curso, meus amigos e meus “amicus”, que tanto me apoiaram e me inspiraram nessa área às vezes tão inóspita que é o Direito. Obrigada! Cresçamos juntas e sigamos juntas na busca por um Direito mais justo e inclusivo, ou apenas na busca pelo honorário nosso de cada dia mesmo.

Hospícios são as flores frias que se colam em nossas cabeças perdidas em escadarias de mármore antigo, subitamente futuro – como o que não se pode ainda compreender.

*São mãos longas levando-nos para não sei onde – paradas bruscas, corpos sacudidos se elevando incomensuráveis: Hospício é não se sabe o quê, porque Hospício é deus.
(Maura Lopes Cançado)*

RESUMO

O presente trabalho busca apresentar uma visão acerca da realidade do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco e as dificuldades encontradas para a desinternação dos indivíduos que ali se encontram. Por meio de entrevistas e observação participativa, a autora constrói um relato que mostra à academia a realidade tão distante e desconhecida de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. O trabalho explora também a possibilidade de o estado por si só dificultar a desinternação dos pacientes, como forma de mantê-los segregados no HCTP por seu estigma social de “louco” e como isso pode ser considerado uma política criminal “não oficial” patrocinada discretamente pelo estado. Por fim, analisamos os dados relativos aos alvarás de soltura recebidos no período de janeiro a setembro de 2019, para observar se estes são cumpridos, e se não, qual a extensão do descumprimento da decisão judicial que concede ao paciente seu direito à liberdade.

PALAVRAS-CHAVE: Execução Penal; Medida de Segurança; Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. Política Criminal, sofrimento psíquico e a produção legislativa e acadêmica brasileira	15
2.1. Política Criminal	15
2.2. Visão panorâmica acerca da legislação sobre o tema	18
2.3. Breve análise da produção de pesquisa acerca do tema .	24
3.O HCTP em Pernambuco e os dados dos presos com alvará	28
3.1. Dimensão do HCTP em Pernambuco	28
4.HCTP em números e a análise da hipótese frente a realidade local	40
4.1. Análise Quantitativa dos presos no HCTP.....	40
4.2. Loucas infratoras e o abandono das mulheres pelo sistema penitenciário.....	42
4.3. Análise da hipótese frente à realidade local.....	45
5. CONCLUSÃO.....	52
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE 01 - Planilha com os dados não sigilosos referentes aos pacientes que receberam alvará de soltura no período de 07/01/2019 a 13/09/2019	59

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo analisar de que maneira o estado se utiliza dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como instituições de “depósito” para isolar da sociedade os loucos infratores. A hipótese do trabalho é a de que o ele o faz para satisfazer uma política criminal informal de segregação dos indivíduos considerados socialmente indesejáveis, por meio de diversos empecilhos para o tratamento e a consequente desinternação desses pacientes. A má distribuição de recursos, combinada com o sucateamento da Redes de Assistência Psicossocial (RAPS), a estrutura precária dos HCTPs e sua característica predominantemente punitiva, geram um ciclo eterno de institucionalização das pessoas que o sistema **busca** encarcerar e manter encarceradas.

Meu interesse pela pesquisa deste tema surgiu a partir da minha experiência de estágio voluntário no Núcleo do Sistema Penitenciário da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, no gabinete da Dra. Patrícia Magno. No segundo semestre do ano de 2018, ingressei no Programa de Mobilidade Acadêmica da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES), um convênio entre as instituições federais de ensino superior (IFES) signatárias do referido programa, que proporciona a alunos regularmente matriculados em cursos de graduação de universidades federais, com conclusão de pelo menos vinte por cento da carga horária de integralização do curso e, no máximo, duas reprovações acumuladas nos dois períodos letivos que antecedem o pedido de mobilidade um vínculo temporário com outra IFES participante do programa. Gozando de uma bolsa ofertada pelo Santander para os alunos de mobilidade acadêmica nacional com os maiores coeficientes de rendimento, cursei um semestre do curso de direito na Universidade Federal do Rio de Janeiro, por meio da qual tive contato com professores e pesquisadores expoentes da área.

Por meio de articulação da minha orientadora com outras pesquisadoras atuantes no Estado, travei contato com a Dra. Patrícia, defensora pública titular do NUSPEN, à

qual solicitei a oportunidade de um estágio voluntário. Após entrevista com a defensora e seus estagiários oficiais, fui aprovada para participar do programa de estágio voluntário da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, do qual fiz parte no período de agosto a dezembro de 2018.

O NUSPEN atendia à época sete unidades, quais sejam, Instituto Penal Cândido Mendes (SEAP-CM); Sanatório Penal (SEAP-SP); Hospital Dr. Hamilton Agostinho (SEAP-HA); Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo (SEAP-HR); Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Roberto Medeiros (SEAP-RM); Cadeia Pública José Frederico Marques (SEAP-FM), restrito ao contingente de idosos e deficientes; e Instituto de Perícias Heitor Carrilho. As unidades eram devidamente divididas entre os estagiários oficiais, auxiliados pelos estagiários voluntários e supervisionados pelo servidor contratado do núcleo e pela defensora lotada.

No exercício do estágio, cumpria-nos realizar pesquisas jurídicas, de jurisprudência, elaboração de relatórios, minutas de ofícios e peças judiciais diversas, acompanhamento de audiências, bem como o atendimento aos usuários do Núcleo, seja presencialmente na unidade ou na sede da defensoria. Foi por influência dessa experiência que me interessei pelo estudo dos HCTPs e dos loucos infratores, sujeitos à medida de segurança. Além de trabalhar nas peças dos assistidos internados nos dois HCTPs sob jurisdição do núcleo, realizei atendimento presencial no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo (SEAP-HR) algumas vezes, despertando um olhar mais apurado acerca das condições dos pacientes ali enclausurados.

Por meio do estágio no NUSPEN, me foi proporcionada ainda a chance de participar das reuniões mensais do Centro de Estudo Henrique Roxo (CEHR), mais especificamente do programa “Caminhos para a Desinstitucionalização”. O programa consiste em encontros mensais para a discussão e articulação dos saberes entre os

mais diversos atores participantes do sistema carcerário e também do sistema de saúde mental. Com novos temas a cada encontro, o CEHR convida representantes das instituições pautando a luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. É com orgulho que destaco que o CEHR foi, inclusive, fator determinante para o fim do exame de cessação de periculosidade e a criação do exame multiprofissional e pericial de avaliação psicossocial (EMPAP) o qual foi considerado Prática Exitosa premiada com 1º lugar no XII Congresso Nacional dos Defensores Públicos, realizado em novembro de 2017. (MAGNO, 2017)

Impelida pela atmosfera de luta antimanicomial presente no NUSPEN e em seus integrantes, me interessei pelo estudo do instituto da medida de segurança e a relação do estado com as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Também por me considerar uma pessoa portadora de transtorno mental e, talvez por isso eu tenha conseguido enxergar essas pessoas invisibilizadas de tantas formas, decidi me aprofundar na área, o que motivou a confecção deste trabalho.

Ao retornar para a UFPE, de forma a integralizar esta pesquisa, busquei me inserir no âmbito do HCTP de Pernambuco. Isso foi alcançado por meio da minha contratação para um estágio voluntário junto à Dra. Ana Carolina Khouri, defensora pública lotada na Instituição. O estágio no HCTP/PE, que está em curso até a presente data, consiste na análise da situação carcerária dos pacientes da instituição, estabelecimento de práticas em busca da redução do contingente populacional do HCTP, confecção de peças e documentos necessários para a devida execução da medida de segurança e também para o andamento do processo penal de presos provisórios e atendimento individual dos pacientes e eventuais familiares presentes na Unidade.

Assim, ao lado das motivações pessoais, também interferiu na confecção deste trabalho o estudo de autores como BATISTA (1998), VASQUES MOTA (2006), MAGNO (2017), CARVALHO & WEIGERT (2012, 2013). Estes, juntamente com

outros expoentes da área consistiram no material utilizado para a pesquisa bibliográfica que integra este texto. Além disso, foi conduzida uma pesquisa documental dentro da própria Unidade estudada. Por meio da análise de livros de registros do administrativo do hospital, pastas de documentação dos internos e leitura de peças jurídicas utilizadas na área, foi possível traçar o panorama acerca do HCTP que será apresentado nesta monografia.

Por fim, foi também conduzida uma pesquisa de observação participante, na qual por meio de visitas semanais à Unidade, atendimentos junto à Defensoria Pública do Estado de Pernambuco, conversas com membros da equipe técnica e administrativa do Hospital, conversas e interações com pacientes da Unidade e entrevista presencial com a Diretora do HCTP, permitiu apresentar boa parte dos dados e impressões dispostos neste trabalho.

2. Política Criminal, sofrimento psíquico e a produção legislativa e acadêmica brasileira

Neste capítulo, apresentamos os conceitos centrais acerca do tema, como o conceito de Política Criminal e suas reflexões, além de introduzir a ideia defendida pela autora de promoção, pelo governo, de uma política criminal oculta. Em um segundo momento, trazemos para discussão a legislação aplicável à área, no que diz respeito ao movimento antimanicomial que orienta as tratativas de saúde mental desde 2001, mas também a legislação penal referente aos loucos infratores. Por fim, o último tópico deste capítulo busca fazer um breve resumo das principais publicações na área, de forma a demonstrar que não há tanta produção acadêmica acerca do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco, nem de forma quantitativa, nem qualitativa.

2.1. Política Criminal

Os conceitos tradicionais de política criminal, apresentados por autores como Marty e Zipf abordam a política criminal como forma de obter e utilizar critérios de gestão estatal sobre a área da justiça criminal (MOTA, 2006, p.03). Ainda segundo Mota (2006), outros conceitos de política criminal podem ser considerados, como o de que a política criminal é uma sabedoria exercida pelo Estado quando da legislação sobre o tema.

A Organização das Nações Unidas (ONU), por sua vez, conceitua Política Criminal enquanto critério orientador da legislação, bem como os projetos e programas tendentes a mais ampla prevenção do crime e controle da criminalidade (FRAGOSO, 2004, p. 24). Vemos que é possível entender a política criminal como espécie de política pública, visto que esta faz parte do “planejamento estatal” e da intervenção do estado na sociedade, sendo por este legitimada. (CALIL; SANTOS, 2018)

Diante dos conceitos clássicos apresentados, neste trabalho propomos observar a possibilidade de uma política criminal extraoficial, informal, que não tenha sido

debatida oficialmente pelas secretarias de segurança pública, mas que seja adotada por elas e pelos outros participantes do sistema penal/carcerário. Sobre isto fala Nilo Batista, em seu texto “Política criminal com derramamento de sangue”, no qual aborda, exatamente, o caráter extraoficial da política criminal, demonstrando a legitimação velada dessas práticas, por meio do estado e da população:

Assim, por exemplo, quando a polícia mensalmente executa (valendo-se de expedientes encobridores dos mais diversos, da simulação de confronto ao chamamento à autoria de gangues rivais) um número constante de pessoas, verificando-se ademais que essas pessoas têm a mesma extração social, faixa etária e etnia, não se pode deixar de reconhecer que a política criminal formulada para e por essa polícia contempla o extermínio como tática de aterrorização e controle do grupo social vitimizado - mesmo que a Constituição proclame coisa diferente. (BATISTA, 1998, p. 01 e 02)

Em 1998, Nilo Batista escrevia acerca de práticas cada vez mais comuns e escancaradas nos dias atuais. Para usar uma exemplificação mais conhecida, e também mais em voga, temos o caso da guerra às drogas enquanto política criminal. Oficialmente, as operações nas favelas objetivam coibir o tráfico de drogas, protegendo assim o bem jurídico da saúde pública. No entanto, é cada dia mais evidente, pela quantidade de drogas apreendida e pelo número de mortes de moradores das comunidades (e pelo perfil dessas mortes), que na verdade temos um projeto de controle social (BATISTA, 1998). A partir dessa visão, podemos então, enxergar esse projeto de genocídio dos moradores das comunidades enquanto nada além de uma política criminal. Uma política criminal nefasta e encoberta, mas um extermínio sistêmico que infelizmente é chancelado pelo estado. Citando Fragoso, podemos verificar claramente que a política criminal é parte da política social (FRAGOSO *apud* BATISTA, 1998), ideia que é prontamente lastreada por Batista, vejamos:

(...) a complacência, indiferença ou mesmo o aplauso para com rotinas policiais de aterrorização e extermínio sinaliza para a incorporação desses instrumentos por parte da política social desenvolvida (...) (BATISTA, 1998)¹

Outro exemplo dessas políticas informais é a ideia da *less eligibility*, que surgiu em 1834 no Reino Unido (CACICEDO, 2015). Tal princípio dispõe que as condições de trabalho no cárcere devem ser inferiores às do indivíduo em liberdade, pois o indivíduo preso seria considerado “inferior”, “de segunda categoria”.

Tal princípio deveria ter sido descontinuado quando da consolidação da busca pelos direitos humanos no século XX, mas ainda encontramos evidências de sua aplicação no sistema carcerário atual, lastreada em muito pela omissão do Poder Judiciário na Execução Penal. Sobre isso, dispõe Patrick Cacicedo:

As constantes violações aos mais básicos direitos fundamentais decorrentes das condições de aprisionamento no Brasil corroboram a condição de cidadão de segunda categoria que é emprestada à pessoa presa. O cárcere se apresenta concretamente como um *locus* de relativização da universalidade característica dos direitos humanos, em verdadeira manifestação do estado de exceção no sentido atribuído por Giorgio Agamben. (CACICEDO, 2015, p. 307)

Vemos uma contradição evidente na qual o direito penal brasileiro se diz “garantista”², com a ilusão do direito penal como *ultima ratio*, quando, na verdade,

¹ Uma prova recente de que a política criminal de morte dos indesejáveis é endossada pelo estado é o caso do assassinato de William Augusto da Silva, que sequestrou um ônibus na ponte Rio-Niteroi, no dia 20 de agosto de 2019. O governador do estado do Rio de Janeiro não apenas aprovou como comemorou a ação dos policiais presentes de executar William. O mesmo ocorreu no ano 2000, quando Sandro Barbosa do Nascimento, sobrevivente da Chacina da Candelária, foi assassinado durante o sequestro do ônibus 174. Esses fatos são representativos do exposto por Nilo Batista nesta citação.

² “O jurista italiano Luigi Ferrajoli (in Direito e razão: Teoria do Garantismo Penal. São Paulo:RT, 2002), apresenta três significados de garantismo: um primeiro significado, designa um modelo normativo de direito, principalmente, no que se refere ao direito penal, modelo de estrita legalidade, próprio do Estado de direito, que sob o plano político se caracteriza como “uma técnica de tutela idônea a minimizar a violência e a maximizar a liberdade e, sob o plano jurídico, como um sistema de vínculos impostos à função punitiva do Estado em garantia dos direitos dos cidadãos”; em um segundo significado, designa “uma teoria jurídica da validade e da efetividade como categorias

temos instalado um direito penal máximo, ou direito penal do inimigo, que se ocupa em arrumar lugares para “depositar” os socialmente indesejáveis, excluídos pela nossa política econômica neoliberal. Nesse sentido fala Louise Trigo da Silva:

Registre-se que, apesar de o sistema penal brasileiro possuir como fundamento um modelo garantista, ou seja, um direito penal mínimo (*ultima ratio*), há uma proeminência, no atual contexto social, do direito penal máximo, que, ao contrário do primeiro, suprime diversos direitos e garantias fundamentais do indivíduo considerado “inimigo” do Estado. (SILVA, 2014, p. 219)

Acreditamos ser esse o caso da manutenção eterna dos “indesejáveis” em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, uma política de controle higienista de segregação desses corpos malquistos por diversos motivos: por terem delinquido, por sua cor, por sua classe social e, principalmente, por seu sofrimento psíquico.

2.2. Visão panorâmica acerca da legislação sobre o tema

Em 2001 foi promulgada a Lei nº 10.216/2001, também chamada Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial. A Lei nº 10.216 reconhece pela primeira vez a pessoa com transtorno mental como cidadão, buscando regulamentar suas relações com outros portadores de transtornos mentais, profissionais de saúde, profissionais do direito, a sociedade e o Estado, uma vez que atribui a cada um o seu papel no tratamento. Com o intuito de desinstitucionalizar a pessoa com transtorno mental, a

distintas não só entre si mas, também, pela existência ou vigor das normas." Mais adiante, Ferrajoli afirma que "o garantismo opera como doutrina jurídica de legitimação e, sobretudo, de perda da legitimação interna do direito penal, que requer dos juizes e dos juristas uma constante tensão crítica sobre as leis vigentes; em um terceiro significado, garantismo, para Luigi Ferrajoli, “designa uma filosofia política que requer do direito e do Estado o ônus da justificação externa com base nos bens e nos interesses dos quais a tutela ou a garantia constituem a finalidade.” (...) Salo de Carvalho sintetiza os axiomas elaborados por Ferrajoli afirmando que o modelo teórico minimalista caracteriza-se por dez condições restritivas do arbítrio legislativo ou do erro judicial. Segundo este modelo, esclarece o autor, "não é legítima qualquer irrogação de pena sem que ocorra um fato exterior, danoso para terceiro, produzido por sujeito imputável, previsto anteriormente pela lei como delito, sendo necessária sua proibição e punição". Além, dos requisitos processuais, "a necessidade de que sejam produzidas provas por uma acusação pública, em processo contraditório e regular, julgado por um juiz imparcial".” (YAROCHEWSKY; COELHO, 2012)

reforma criou projetos de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas e leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

A referida lei trata do sistema de cuidado em saúde mental como um todo, não especificamente de hospitais de custódia, mas trouxe importantes marcos no que tange ao tratamento dos loucos em conflito com a lei.

A Lei 10.216/01 é expressão dos anseios do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – MNLA – (AMARANTE, 1995). Ela sedimenta longa trajetória de lutas que a antecederam e a construíram, assim como é a atual bandeira empunhada para servir de norte às necessárias e constantes lutas, ainda em curso, pela mudança concreta de paradigma no campo da saúde mental e da atenção psicossocial (AMARANTE, 2007). A mera formalização legal de direitos não foi suficiente. Os muros manicomiais estão de pé e o conservadorismo do sistema de justiça, especialmente, o demonstrado pelas agências penais de repressão (ZAFFARONI, 1991) são obstáculos de remoção trabalhosa. Se, por um lado, a lei antimanicomial promoveu o dever de releitura de todos os institutos de direito penal e processual penal, especialmente, no que tange à execução de medidas de segurança, conforme o novo paradigma de reorientação do modelo de saúde mental; por outro, verifica-se que a dificuldade de diálogo entre direito, saúde mental e atenção psicossocial invisibiliza as pessoas, cujas histórias estão aprisionadas dentro dos muros do manicômio (CARVALHO, 2013, p. 305). (MAGNO, 2017, p. 2-3)

Para o direito penal, no entanto, a Lei da Reforma Psiquiátrica só teve efeitos a partir das Resoluções n. 05/2004 e n. 04/2010 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), as quais se dedicaram a adequar as Medidas de Segurança às disposições da referida lei.

Em 2010 foi editada a Resolução 113 do CNJ, que dispôs *sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências* (CNJ, 2010). Esta resolução trata da execução de medida de

segurança em apenas quatro artigos, sempre reforçando a natureza antimanicomial que deve ser buscada nessa execução. Vejamos:

Art. 14. A sentença penal absolutória que aplicar medida de segurança **será executada nos termos** da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, **da Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001**, da lei de organização judiciária local e da presente resolução, devendo compor o processo de execução, além da guia de internação ou de tratamento ambulatorial, as peças indicadas no artigo 1º dessa resolução, no que couber.

(...)

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

Em 2011, foi editada a Recomendação n. 35/2011 do CNJ, que aconselha aos Tribunais que, na execução da medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto, recomendando ainda que, em caso de internação, a mesma ocorra na rede de saúde pública ou conveniada, com acompanhamento do programa especializado de atenção ao paciente judiciário. Convém ressaltar, nesse sentido, o fundamental trabalho dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) na assistência e cuidado dos pacientes judiciários fora da lógica dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

No ano de 2014, há a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial Nº1, de 02 de janeiro de 2014, ela *institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)* (BRASIL, 2014). Segundo publicação oficial do DEPEN,

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, a PNAISP [Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no

Sistema Prisional] , por meio da Portaria Interministerial MS/MJ nº 1, de 2 de Janeiro de 2014, buscou ampliar os serviços de saúde prisional, aumentando o tanto o número de unidades de saúde do território que atendem as pessoas privadas de liberdade, quanto o número de unidades básicas de saúde que estão localizadas dentro dos presídios e que são consideradas ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde do SUS (DEPEN, 2016, p. 18-19).

A resolução supracitada foi complementada no mesmo ano pela Portaria 94/2014, 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)* (BRASIL, 2014).

No tocante à libertação de presos após a expedição do seu alvará de soltura, temos a resolução do CNJ nº 108 de 06/04/2010, a qual estabelece um prazo de 24 horas para o cumprimento do referido. Além disso, a recomendação dispõe que é obrigação do juiz que proferiu decisão de soltura verificar o cumprimento da decisão após cinco dias de sua publicação. (CNJ, 2010)

Quanto à LEP, esta traz em seu Título VI, artigos 171 a 179 a regulamentação básica acerca da execução da medida de segurança, mas não pormenoriza esta execução. Sabe-se, apenas, que os indivíduos absolvidos impropriamente com aplicação de medida de segurança, os inimputáveis e semi-inimputáveis, embora estejam previstos na Lei de Execuções penais, não estão sujeitos às regras de comportamento desta, não se aplicando, a eles, as sanções disciplinares previstas na LEP. Sobre este tema, cabe a leitura do que relata a Prof^a Patrícia Magno:

No marco do direito da execução penal brasileiro, as pessoas em cumprimento de medida de segurança (homens ou mulheres), não são destinatários do regime disciplinar construído na LEP. Este regime disciplinar foi cunhado para aqueles que têm condições de compreender os deveres disciplinares impostos em decorrência da privação de liberdade e se adequar a eles, sob pena de sancionamento. Apenas os imputáveis tem esta capacidade, os internados (inimputáveis) não. Assim sendo, caso

algum comportamento não esteja adequado, eventual “indisciplina” precisava ser tratada como sintoma, dentro do quadro clínico que justifica a internação e jamais como violação de dever disciplinar a exigir sanção administrativa disciplinar. O que se tem notícia, porém, são reclamos sobre a imposição de castigos físicos de modo absolutamente irregular, com aumento da medicalização (“S.O.S.”), restrição de banho de sol e tranca por mais de 10 dias (relatos espontâneos durante o atendimento individual se referem a 30/90 dias), por mais de 24 horas, em cela conhecida como “porquinho”. Raramente a pessoa que nomina a violência deseja que seja o relato seja reduzido a termo de depoimento. (MAGNO, 2017, p.6)

Vemos, então, que na prática, mesmo que os pacientes não estejam sujeitos às sanções da LEP, são submetidos a sanções bem piores, determinadas pela própria equipe de segurança do HCTP e muitas vezes até mesmo pelos outros presos. Temos nessa situação um exemplo nítido de como a falta de harmonização na legislação antimanicomial e penal gera lacunas legislativas que prejudicam imensamente os destinatários de tais leis.

Portanto, entendemos que própria existência dos HCTPs e a aplicação de medidas de segurança vão de encontro à política antimanicomial apresentada pela Lei 10.216/2001. Nesse sentido, também se questiona a Prof^a Mariana Weigert:

Se ao usuário do sistema de saúde mental em conflito com a lei é assegurado um âmbito próprio e diferenciado de responsabilização – pois, em termos dogmáticos, apenas um dos elementos da culpabilidade (imputabilidade) é atingido –, com a exclusão do binômio doença mental-periculosidade do sistema de compreensão do sofrimento psíquico, é viável concluir que o fundamento e a possibilidade de aplicação de medidas de segurança, na forma disposta no Código Penal, estão historicamente superados. (CARVALHO; WEIGERT, 2013, p., 289)

Por meio da Reforma Psiquiátrica foi solidificado o entendimento de que a internação em manicômios, as instituições asilares, não têm a mesma eficácia no tratamento de pacientes com doenças mentais que o tratamento ambulatorial nas redes de atenção psicossocial, que um tratamento mais humanizado, com contato com a família, em

um ambiente de liberdade e apoio traz uma melhora significativa nos quadros de doença mental do paciente. Assim, não faz sentido manter esses indivíduos encarcerados, manicomializados, a não ser que se pretenda, com a medida de segurança, o exercício da função retributiva do sistema penal, onde ao invés da busca pela melhora do quadro do paciente, almeja-se sua manutenção na unidade para que seja isolado da sociedade.

Afinal, se o paciente foi absolvido impropriamente por meio de uma excludente de ilicitude, a inimputabilidade, ele não está cumprindo pena. O objetivo da medida de segurança é justamente o cuidado para a melhora do quadro de doença mental, de forma que o paciente não seja mais considerado “perigoso” e possa conviver bem em sociedade. Tendo em vista este objetivo, não parece lógico que seja utilizada uma forma de tratamento reconhecidamente menos eficaz (inclusive em lei, justamente pela reforma psiquiátrica), em um hospital que tem como objetivo o tratamento dos pacientes para a cessação de periculosidade. Mesmo que os HCTPs sejam vinculados ao sistema penitenciário e não ao sistema de saúde pública, ainda carregam consigo o caráter de hospital, o que infere tratamento para seus pacientes e não apenas encarceramento. No entanto, como apontado por Carvalho e Weigert,

A forma *penitenciária* dos hospitais de custódia ou manicômios é reforçada na própria Lei de Execução Penal, que não apenas reserva pouco espaço para a descrição da estrutura destas instituições como, em relação ao ambiente e à infraestrutura material, remete explicitamente ao modelo carcerário. (CARVALHO; WEIGERT, 2013, p. 60-61)

Entendemos que o HCTP, assim como a medida de segurança, estão num limbo legislativo muito grande, em que os diplomas legais chegam a ser contraditórios entre si, visto que a principal lei que rege a atual política de saúde mental não foi plenamente recepcionada pela legislação penal, faltando uma política social de tratamento do louco infrator, seja ela criminal ou de saúde. É necessário decidir se a função da medida de segurança é punição ou cuidado, pois da forma como está sendo feita, a sua aplicação vai completamente de encontro ao que dispõe a Política Antimanicomial da Lei 10.216/01.

2.3. Breve análise da produção de pesquisa acerca do tema

Após busca em mecanismos de pesquisa, tais quais o Academia.edu, ResearchGate e Google Acadêmico, percebemos que não há uma vasta e atualizada produção de pesquisa quantitativa acerca do contingente e nem qualitativa acerca do funcionamento dos HCTP, principalmente no que tange o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco.

No ano de 2008 foi publicado o artigo “Crime e doença psiquiátrica – perfil da população de um hospital de custódia no Rio de Janeiro”, que apresentou e analisou o contingente carcerário do hoje extinto Hospital Heitor Carrilho. (GARBAYO; ARGÔLO, 2008)

Em 2013 foi publicado o estudo da Professora Débora Diniz, que apresentou os resultados de um censo conduzido em 2011 pela equipe da Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, supervisionada pelo pesquisador Wederson Santos, com participação ativa da pesquisadora, sob solicitação do Departamento Penitenciário Nacional (Depen), do Ministério da Justiça, mediante a celebração de um Termo de Convênio. O censo percorreu 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico em todo o país, onde acabou por localizar nada menos que *dezoito indivíduos internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos*. (DINIZ, 2013)

Os números encontrados pela equipe da pesquisadora são chocantes. Dentre os 3.989 pacientes internados em hospitais ou alas psiquiátricas de presídios, para além dos dezoito indivíduos abandonados nos HCTPs a mais de 30 anos (que representam 0,5% da população do censo), havia um contingente de *606 indivíduos internados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida (Brasil, 2012)*. *Eles são 21% da população em medida de segurança no país*. (DINIZ, 2013) Este estudo pode ser considerado um dos mais relevantes e

completos, se não o mais completo, quantitativo conduzido a respeito da população de loucos infratores nas unidades.

Para além disso, a cada quatro anos o DEPEN elabora um documento chamado de Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária. O plano em vigor, de outubro de 2015, traz as informações do referido censo de 2011 condensadas conforme disposto abaixo:

No Brasil, pelo menos 25% dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados por cumprirem medida de segurança com periculosidade cessada, por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial, ou ainda por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva. Dos indivíduos internados em situação temporária, 34% aguardam a realização de exame de sanidade mental. A espera para a confecção do laudo supera o prazo legal em 69% dos casos (CENSO, 2011). Dessa mesma população, 22% haviam sido transferidos de presídio ou penitenciária e estavam internados compulsoriamente por decisão judicial para realizar tratamento psiquiátrico (CENSO, 2011). (CNPCP, 2015, p. 11)

O documento cita ainda o estudo da Prof^a Débora Diniz, para abordar o problema do excesso de execução cometido contra os pacientes em cumprimento de Medida de Segurança:

Nos 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátricos (ECTPs) do país, 21% das pessoas internadas cumprem medida de segurança há mais tempo que a pena máxima em abstrato para a infração penal cometida. Apesar da publicação da Lei 10.216/2001, 11% das sentenças prolatadas após a vigência da lei não determinavam o período mínimo de internação. Das pessoas em medidas de segurança, 41% estavam em atraso com a realização anual do exame de cessação de periculosidade. A média de atraso é de 32 meses. (DINIZ, 2013). (CNPCP, 2015, p. 21)

Em 2016, localizamos um estudo de pesquisadores da área de saúde da Universidade Federal do Ceará que compilaram um ensaio sobre o perfil clínico dos pacientes de um HCTP localizado na Bahia. (SANTOS et. al, 2016)

No ano de 2018, duas importantes pesquisas foram produzidas na área. Uma delas foi o relatório elaborado pela Pastoral Carcerária em 2018, que trata dos manicômios judiciários do Estado de São Paulo e se propõe a.

Debruçar-se sobre o funcionamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) de São Paulo. Tendo em vista que tais instituições não operam isoladas, também serão consideradas as dinâmicas manicomiais e prisionais presentes em outros espaços de restrição de liberdade. Na medida em que se trata de espaços institucionais fechados ao olhar externo – recobertos de certo segredo –, sendo que tal invisibilidade não é produto do acaso, mas o efeito deliberado das próprias políticas de Estado, um dos objetivos deste relatório consiste em lançar um pouco de luz sobre corpos, espaços, práticas, discursos e saberes que enredam e produzem essas instituições. (PASTORAL CARCERÁRIA, 2018)

É também este o propósito desta pesquisa, mostrar para a comunidade acadêmica como é o funcionamento do HCTP em Pernambuco, dando a oportunidade de enxergarmos pessoas que o estado faz questão de invisibilizar por meio da reclusão.

A segunda, mais específica, foi o artigo da pesquisadora Mirella Rocha Magalhães, que traz uma visão não apenas quantitativa, mas também qualitativa e histórica da loucura no estado de Pernambuco, incluindo a criação e funcionamento do HCTP. Sobre o funcionamento e o contingente da Unidade, a pesquisadora diz o seguinte em seu artigo:

Em 2011, o HCTP vinculava-se à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos de Pernambuco. O Hospital de Custódia de Pernambuco era a terceira unidade em população dos HCTP's e das Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), o que correspondia a 11% dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) do país e a 41% das pessoas internadas nos estabelecimentos da Região Nordeste.

A população total do HCTP-PE era de 433 indivíduos, entre os quais 203 estavam em medida de segurança e 230 em situação temporária. No HCTP-PE, pelo menos 30% (61) dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados por cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada ou por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial. Pouco se sabe dos percursos históricos de formação e consolidação do manicômio judiciário em Pernambuco, contudo, o importante é perceber que a transformação dessa instituição em Hospital de Custódia não modificou as bases de origem prisional e punitiva da instituição. (MAGALHÃES, 2018)

Sobre os esforços dispensados pelo HCTP para a desinstitucionalização, ela traz ainda a informação de que:

Em agosto de 2017 foi realizada videoconferência com o objetivo de discutir medidas para a desinstitucionalização do Hospital de Custódia de Pernambuco. Articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o Sistema Judiciário visando ao incremento das ações territoriais e comunitárias de Saúde Mental, juntamente com o Ministério Público de Pernambuco (MPPE) abordaram medidas básicas sobre a empreitada desse processo. Ainda no ano de 2017 medidas da Secretaria Executiva de Ressocialização (Seres) começaram a serem articuladas para possibilitar um processo de desinstitucionalização do HCTP-PE. Em um processo complexo e repleto de entraves a tentativa é que os pacientes que não consigam retornar ao lar, possam ser amparados pelo estado e acolhidos em Residências Terapêuticas, como já é vivenciado pelos demais portadores de transtornos mentais do país. Norma Cassimiro, gerente do HCTP na época, já apontava a dificuldade em conseguir com que familiares recebessem esses indivíduos de volta ao lar, e colocava a importância da saída dos mesmos do sistema institucional, como ponto decisivo no processo de recuperação. (MAGALHÃES, 2018)

Assim, observamos que mesmo que tenhamos alguns ótimos estudos na área, faltam percepções atualizadas acerca da realidade e da composição populacional do HCTP de Pernambuco, razão pela qual este trabalho se faz importante academicamente.

3. O HCTP em Pernambuco e os dados dos presos com alvará

Visto que em nossas pesquisas não localizamos bibliografia nem documentação que efetivamente explique e dê uma dimensão do funcionamento e gestão do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco, conduzimos uma pesquisa de modo a apresentar um resumo do funcionamento e principais aspectos críticos do HCTP. Esta pesquisa foi efetuada por meio de observação participativa e uma entrevista com a Diretora da Unidade, a Dra. Cecy Regina da Silva Assis, no dia 22 de outubro de 2019, na sala da direção da Unidade, e seus resultados são apresentados neste capítulo.

3.1 Dimensão do HCTP em Pernambuco

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco localiza-se na Ilha de Itamaracá, a aproximadamente 40 quilômetros de distância do Recife, sob a responsabilidade administrativa da Secretaria Executiva de Ressocialização – SERES. A unidade foi fundada em 1982 e conta com uma área dividida em portaria, prédio administrativo e pavilhões. Segundo informações da defensoria pública do estado, o complexo tem capacidade para pouco mais de 180 pacientes³.

O HCTP de Pernambuco recebe pessoas vindas de todo o estado. De Petrolina à capital, se o paciente estiver sob a jurisdição do sistema penitenciário pernambucano e houver dúvidas acerca de sua sanidade mental, é encaminhado para a Unidade. Existem três formas de ingresso: encaminhado diretamente da audiência de custódia; por transferência entre unidades prisionais e por mandado de internação.

Ao ingressar na unidade advindo da audiência de custódia, o réu não passa por nenhuma equipe de cuidado psicológico/psiquiátrico na audiência ou antes dela,

³ Informações obtidas no portal de notícias do site da DPPE, disponível em <http://defensoria.pe.def.br/defensoria/?x=interna&cod_conteudo=4264>.

chegando no HCTP muitas vezes ainda sob custódia dos policiais militares que o apreenderam. Não há nem mesmo a introdução pela chamada “porta de entrada”, o Centro de Observação Criminológica e Triagem Prof Everardo Luna - COTEL, pois só há parada neste se precisar de um lugar para o réu aguardar antes de ir para o HCTP, mas no geral, os presos com suspeita de doença mental são “mandados” para a unidade direto da audiência de custódia, apenas por discricionariedade dos juízes. Essa prática enche o Hospital de um contingente de presos provisórios muito alto, visto que não há nenhum critério técnico ou avaliação psiquiátrica para o juiz considerar o indivíduo “possivelmente louco”. Assim, muitos presos provisórios potencialmente imputáveis ficam custodiados na Unidade, onerando o trabalho da já escassa equipe de saúde.

A transferência entre unidades se dá quando o preso entra em surto no curso da sua prisão em cadeia comum, seja provisória ou cumprindo pena. Neste caso, os gestores das unidades prisionais encaminham o preso ao HCTP para a feitura de um laudo de modo a determinar a imputabilidade do preso. Se o mesmo for considerado imputável, retorna para a unidade de origem, se for considerado semi-imputável ou inimputável, pode ter prisão preventiva transformada em medida de segurança por meio da absolvição imprópria com aplicação de medida de segurança de internação ou sua pena convertida em medida de segurança, por motivo de superveniência de doença mental no curso do cumprimento da pena⁴.

Quanto a essa forma de ingresso, a crítica da gestão do HCTP se dá pelo fato de que muitas vezes os presos são “deixados” no HCTP do momento da solicitação do presídio de origem (momento do surto) até a efetiva confecção do laudo, ou seja, interna-se um preso em um hospital psiquiátrico sem saber se realmente há necessidade dessa internação, sobrecarregando a Unidade. A solução proposta pela gestora do HCTP é que os laudos sejam feitos em dia marcado, de forma que uma vez estabelecida a data para feitura do laudo, o detento comparece ao HCTP na data marcada e retorna a sua unidade de origem instantaneamente. Dessa forma,

⁴ Conforme dispõe o artigo 183 da Lei nº 7210, a Lei de Execuções Penais.

não há a sobrecarga da Unidade em receber presos imputáveis, não há a exposição dos pacientes inimputáveis ao convívio com um indivíduo imputável e nem o desgaste para o preso imputável de ficar no HCTP ao invés da sua cadeia regular.⁵

A terceira forma de ingresso é por meio de mandado de internação, quando o réu está aguardando a sentença em liberdade e o juiz expede mandado para a sua internação, por resolução do incidente de insanidade mental, nos termos do artigo 150 do Código de Processo Penal.

Quanto à administração da unidade, o HCTP conta com servidores de responsabilidade de duas secretarias, a Secretaria Executiva de Ressocialização do Estado de Pernambuco (SERES) e a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES).

Dentre esses servidores, os em maior quantidade são os agentes penitenciários (ASPs). De responsabilidade da SERES, esses profissionais são admitidos por meio de concurso público. No HCTP há um total de 50 ASPs, divididos entre o administrativo/supervisão, equipe de segurança e os plantonistas. Eles estão divididos da seguinte forma:

Setor	Número de agentes penitenciários
Laborterapia	01
Recursos Humanos	01
Penal/Jurídico	01 supervisor e 3 subordinados

⁵ Segundo conversas informais com os presos imputáveis, nos foi relatado que estes, em sua maioria, não gostam de “pegar cadeia no hospital” como eles chamam. Infelizmente, devido à ausência do estado, sabemos que há nos estabelecimentos prisionais uma verdadeira sociedade paralela, inclusive com grande circulação de dinheiro pelo tráfico de drogas. No entanto, no HCTP esta dinâmica não funciona tão bem, vez que os presos não conseguem se organizar tão bem para tal e não têm o mesmo poder aquisitivo dos presos de outras unidades. No HCTP, por exemplo, há menos drogas, e portanto, drogas mais caras, a entrada de qualquer outro objeto é mais difícil, a própria organização social dos pacientes do HCTP é diferente, o que torna difícil o convívio dos pacientes imputáveis acostumados com as dinâmicas de outros estabelecimentos prisionais.

Laudos	02
Psicossocial	01
Equipe de Segurança	03 supervisores e os demais subordinados
Plantonistas	01 chefe de plantão, 01 permanente (controla entrada e saída da unidade) e 7 plantonistas de circulação

Tabela 01 – elaborada pela autora a partir dos dados colhidos na entrevista com a Diretora da Unidade.

Ainda na administração, tem a equipe formada pelos Assistentes de Ressocialização (ARs), que são profissionais de nível técnico contratados por seleção pública, pelo estado para dar apoio aos agentes penitenciários. Eles não podem ter acesso a armas, assim como não estão autorizados a fazer revistas, de forma que são normalmente alocados no setor administrativo, dando apoio aos funcionários e agentes desses setores. São profissionais que se dedicam a fazer ofícios, elaborar documentos simples, conduzir trabalho burocrático, arquivar documentos, fazer a carteirinha de visita dos familiares, por exemplo.

Para finalizar a descrição da equipe administrativa, estão presentes ainda funcionários chamados de “servidores administrativos”, que são contratados mais antigos, alguns estando há mais de 25 anos na Unidade, que originalmente eram servidores de outras secretarias e foram lotados no sistema penitenciário, para prestar apoio aos agentes penitenciários. Estes profissionais fazem um trabalho similar ao dos ARs, a diferença consiste no contrato de trabalho, que é mais antigo no caso dos servidores (os ARs mais antigos têm apenas 3 anos de contrato), muitos estando inclusive próximos da aposentadoria.

A equipe de saúde do HCTP, por sua vez, teve sua gestão assumida recentemente pela Secretaria de Saúde do Estado. Antes gerida pela SERES, a transferência da responsabilidade de todos os cuidados em saúde do sistema prisional para a SES é uma tendência que está se estabelecendo em todo o aparelho carcerário. No HCTP, mesmo que haja uma supervisão da direção por questões de gestão da unidade, todos os trâmites de contratação e controle desses profissionais são feitos por meio

da Secretaria de Saúde. Também sob a gestão da SES temos a equipe de desinstitucionalização, que conta com 4 profissionais, sendo duas assistentes sociais e duas psicólogas. As únicas exceções da gestão são uma assistente social e a fisioterapeuta que por motivo desconhecido não passaram para a responsabilidade da SES, então permaneceram atuando no HCTP vinculadas à SERES.

A verba para contratação da equipe de atenção básica do HCTP vem da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014. Esse recurso, apesar de ser administrado pela SES é federal e regulado por portaria que determina o valor a ser repassado pelo Ministério da Saúde para o DEPEN e deste para as secretarias, que por sua vez designam a equipe para as unidades a depender do número de detentos. Como o contingente do HCTP está abaixo de 500 presos, a equipe não é tão grande, vejamos:

Especialidade	Nº de funcionários
Psiquiatra	1
Clínico Geral	1
Dentista	1
ASB (assistente do dentista)	1
Enfermeiro	2
Técnicos de Enfermagem	2
Apoio para os técnicos de enfermagem	1
Psicólogos	2
Assistente Social	1
Total de funcionários para 340 presos:	12

Tabela 02 – elaborada pela autora a partir dos dados colhidos na entrevista com a Diretora da Unidade.

Ao questionar à gestora se ela considerava suficiente, a resposta foi um alto e sonoro “Não”. Segundo ela, a unidade tem uma média constante de 340 pacientes a serem atendidos por um único psiquiatra e um clínico geral. O trabalho da equipe de enfermagem da atenção básica, com apenas cinco profissionais, consiste em fazer a busca ativa em toda a unidade, dar apoio aos médicos e também atualizar as pastas de cada paciente após atendimento e conversa com eles. A equipe de atenção básica é muito pequena para dar conta da imensidão da unidade. Vale lembrar que não estamos falando de 340 presos imputáveis, mas sim indivíduos que em sua maioria têm algum tipo de sofrimento psíquico, demandando um nível de cuidado muito maior. Mais uma vez a diretora faz a crítica de que o HCTP não deveria se enquadrar nos mesmos parâmetros das demais unidades prisionais, visto que tem um caráter de hospital psiquiátrico. Apesar de ser um estabelecimento penal, a unidade é responsável por pacientes inimputáveis, que demandam mais cuidado e atenção do estado. Segundo a gestora, “o HCTP é um híbrido de prisão e hospital que até hoje não se conseguiu regular” (ASSIS, 2019). De fato, temos no HCTP um estabelecimento de natureza *sui generis*.

Além disso, o HCTP conta também com a equipe de saúde plantonista, formada normalmente por um enfermeiro e mais dois ou três técnicos de enfermagem. No total são sete equipes desse tipo que trabalham 24 horas por dia em regime de plantão. Os plantonistas fazem um trabalho diverso da equipe de atenção básica, atuando na administração dos medicamentos passados pelos médicos (a administração é feita individualmente três vezes ao dia após as refeições, de forma a garantir que o paciente ingira a medicação), nas buscas ativas dentro da unidade para procurar e identificar pacientes com problemas de saúde que precisem ser encaminhados ao pavilhão de enfermaria e medicados⁶, pacientes debilitados que precisem ser encaminhados aos postos de enfermagem⁷ ou mesmo que necessitem de transferência para uma unidade de saúde do SUS, fora do HCTP. Esse trabalho

⁶ O pavilhão de enfermagem é chamado de “Recuperação”, se situa mais perto da entrada e do prédio administrativo, e é onde ficam os pacientes mais idosos e/ou debilitados.

⁷ A unidade tem um posto de enfermagem perto da Recuperação para administração de soro fisiológico e outros cuidados básicos.

é de suma importância, visto que a maioria dessas pessoas possui um sofrimento psíquico que pode até mesmo impedir que este perceba que precisa de cuidados, ainda mais em um ambiente tão depressivo e opressor quanto a prisão. Esse corpo de enfermagem plantonista também está em processo de transição para ser assumido pela SES.

Por fim, a unidade conta apenas com um médico laudista, que é vinculado à SERES, uma vez que se entende que ele não é da área de saúde e sim da área penal, enquanto médico perito criminal que elabora os laudos para o prosseguimento do processo penal. Em caráter complementar, há ainda três médicos plantonistas e 3 médicos auxiliares, profissionais “emprestados” da SES, que já estão perto da aposentadoria.

Quanto à manutenção do estabelecimento, esta é feita pelos próprios presos em regime de concessão⁸, sejam eles do próprio Hospital ou da Penitenciária Agro-Industrial São João (PAISJ), penitenciária de regime semi-aberto que funciona nas proximidades do Hospital. Os concessionados são pagos por um valor liberado para tal pelo Tribunal de Contas do Estado. Todas as unidades prisionais têm um quantitativo de concessionados, pagos por verba estadual independente. O HCTP conta com 53 “concessionados” que têm funções desde a limpeza da unidade, até obras feitas na mesma, passando pela produção da comida servida aos funcionários e a figura do “chaveiro”⁹. A equipe de manutenção do HCTP, especificamente, é formada por concessionados de limpeza, padaria, rancho (manutenção da área externa), eletricista, pintor, pedreiro e cozinheiro, as funções mais complexas sendo

⁸ O regime de emprego de presos “concessionados” é uma forma de contratação de detentos efetuada pelos estabelecimentos prisionais para que aqueles exerçam funções de manutenção e serviços gerais. As concessões fazem com que a administração e manutenção do presídio seja feita dentro dele mesmo, com seus próprios internos, que por sua vez recebem pagamento em dinheiro e em remição, se for o caso.

⁹ O “chaveiro” nas unidades prisionais é uma figura que frequentemente não é conhecida por aqueles de fora do sistema prisional. Detentos considerados “mais bem-comportados” (no caso do HCTP, mais são) recebem as chaves do seu pavilhão, e com elas, a responsabilidade de controlar a entrada e saída dos outros presos. É uma das funções “concessionadas” que os presos podem assumir dentro da unidade.

exercidas por presos do PAISJ e as mais simples por pacientes da própria Unidade. Todo o trabalho feito pelos presos no Hospital é supervisionado por um funcionário do presídio, seja agente penitenciário, assistente de ressocialização ou servidor administrativo. Na cozinha, por exemplo, há dois servidores administrativos que supervisionam o trabalho dos concessionados e recebem suprimentos e insumos.

Outro ponto constantemente abordado pela administração do HCTP é a “cantina”. Mesmo que não esteja regulamentado em lei, os presídios costumam ter um espaço de vendas de produtos, desde comida até produtos de higiene, gerido pela própria administração dos presídios, que contrata presos e reverte o lucro da referida cantina na manutenção da Unidade. No Hospital de Custódia, como os pacientes não dispõem de muito dinheiro (a maioria deles ou foi abandonado pela família ou vem de famílias muito pobres), a cantina não tem a mesma estrutura das outras unidades, e se em estabelecimentos como o Presídio de Igarassu, por exemplo, boa parte da verba para manutenção do presídio vem da cantina, no HCTP ela mal se sustenta, contando apenas com uma pequena quantidade de itens que são consumidos primordialmente pelos presos concessionados.

A limpeza é mais um aspecto do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que difere dos outros estabelecimentos prisionais. Todos os estabelecimentos do sistema penitenciário recebem periodicamente do almoxarifado da SERES uma quantidade de produtos de limpeza, como água sanitária, sabão em pó, cloro, detergente, material de escritório, utensílios para limpeza em geral, em quantidade calculada pelo número de presos em cada unidade prisional. No que tange ao HCTP, foi informado que a unidade recebe, em média, apenas um saco de sabão em pó e um litro de cloro para higienização de cada pavilhão, por semana. No entanto, para a realidade do HCTP essas quantidades não são suficientes. Por se tratar de hospital psiquiátrico, a necessidade de higiene é maior, haja vista que os ambientes ocupados por pacientes inimputáveis tendem a requerer mais frequência na limpeza.

Para tentar compensar essa carência de suprimentos, os próprios funcionários da unidade, com a autorização da diretora, buscam alternativas, como por exemplo a venda dos resíduos plásticos para reciclagem, a troca de óleo de cozinha usado por detergente, a compra de materiais mais baratos direto em fábrica, solicitação de doação de empresas, participação em concursos culturais promovidos pelo poder judiciário. São medidas tomadas com o esforço da própria equipe do HCTP para suprir a lacuna institucional deixada pelo verdadeiro responsável: o estado, na figura da SERES.

Além disso, a Secretaria de Ressocialização não fornece itens de subsistência básica para os pacientes, que dependem de doações de coletivos e organizações religiosas para terem acesso a colchões, roupa de cama, vestimentas. Itens como escovas e pastas de dente, por exemplo, são obtidos por esforço da gestão da Unidade, como no caso de um projeto apresentado ao Tribunal de Contas do Estado no ano de 2018, por meio do qual a unidade recebeu **doações** de itens de higiene do referido Tribunal.

Neste sentido, o estado de Pernambuco já foi alvo inclusive de uma ação civil pública promovida pela Defensoria Pública do Estado de Pernambuco em 2009, com concessão de liminar em 18 de dezembro de 2009 e sentença em 09 de dezembro de 2015 a qual não vem sendo cumprida pelo órgão, mesmo com trânsito em julgado em 16/06/2016. Vejamos o que diz a sentença da ação, publicada há mais de três anos.

A DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO ajuizou a presente AÇÃO CIVIL PÚBLICA c/c PEDIDO LIMINAR objetivando compelir o ESTADO DE PERNAMBUCO a cumprir com a obrigação de fazer consistente em propiciar aos pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, localizado neste município, condições dignas de internamento com o fornecimento de vestimentas, roupas de cama, colchões, calçados, materiais de limpeza e higiene pessoal. À inicial juntou cópia do Relatório de Monitoramento da Unidade Prisional elaborado Força

Nacional da Defensoria Pública em Execução Penal (fls. 35/42). Pediu a concessão de liminar.

(...)

DECIDO: (...) No mérito, aduz a autora na exordial que os internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco se encontram em situações degradantes, conforme amplamente noticiado na mídia e relatório de inspeção in loco elaborado pela Comissão da Força Nacional de Execução Penal, anexo aos autos, de forma que não vêm recebendo vestimentas adequadas e materiais de higiene regularmente. Afirma ainda que, à época do ajuizamento da ação, havia 413 (quatrocentos e treze) internos, sendo 383 (trezentos e oitenta e três) homens e 30 (trinta) mulheres, portadores de doenças mentais, que delinqüiram e estão submetidos a medidas de segurança, ou aguardando decisão judicial, quase todos pobres, abandonados pelos parentes, muitos porque vitimaram os próprios familiares.

(...)

Quem conhece a realidade de nosso sistema prisional sabe muito bem que, quando se trata de presos normais, não portadores de doença mental, seus familiares, esposas e mães principalmente, os visitam e até suprem as deficiências do sistema prisional, fornecendo-lhes alimentos, roupas, medicamentos, materiais de higiene, porém, quando se trata de doentes mentais, como os internos do HCTP, ficam totalmente abandonados pelos parentes, muitos chegam até a perder a identidade familiar e, quando postos em liberdade, permanecem à porta do manicômio pedindo para voltar. É uma triste realidade, de forma que tais pessoas merecem uma atenção especial por parte do Estado. A Lei nº 7.210, denominada de Lei das Execuções Penais, em vigor há mais de 25 anos, ao tratar da assistência ao internado pelo Estado estabelece que: Art. 12. A assistência material ao preso e ao internado consistirá no fornecimento de alimentação, vestuário e instalações higiênicas. E, ao elencar os direitos dos presos, assim dispõe: Art. 41. Constituem direitos dos presos: I -alimentação suficiente e vestuário (...) VII - assistência material, saúde Regulamentando a matéria, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, órgão do Ministério da Justiça, estabeleceu na Resolução nº 14 de 11/11/1994 as regras mínimas para o tratamento do preso no Brasil, dentre elas o direito ao respeito à sua individualidade, integridade física e dignidade pessoal, inclusive a assistência material consistente no fornecimento de roupas limpas e em bom estado. Pelo exposto, julgo

procedente a ação para, mantendo a liminar concedida às fls. 49/50, determinar ao Estado de Pernambuco que forneça aos presos/pacientes do HCTP roupas/uniformes, roupas de cama, colchões e calçados adequados, creme dental, sabonete, papel higiênico, fio dental, escovas de dente, bem como absorvente higiênico para as internas do sexo feminino. (TJPE, 2015)

O magistrado arbitrou ainda multa diária de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) para além da multa diária por descumprimento de liminar, no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), cuja irrelevância é visível, visto que quase 10 anos depois do deferimento da referida liminar, não houve cumprimento desta ou da sentença e os pacientes continuam dependendo de doações de itens de higiene básica.

A medicação dos pacientes também é distribuída e gerida pela Secretaria de Saúde, por meio de licitação feita com a verba federal do PNAISP, com satisfatória frequência e estabilidade segundo a gestora da unidade. A administração econômica para a manutenção física da unidade é feita diretamente pela SERES, que mantém a estrutura do estabelecimento prisional por meio de envio de verba estadual, a qual a unidade goza de autonomia para gastar com compras de suprimentos conforme sua necessidade e possibilidade. A SERES tem uma gestão por planejamento e metas, e faz uma fiscalização anual para verificar o cumprimento de uma série de regras exigidas das direções dos presídios, de forma específica e geral, organizadas por itens de monitoramento de cada setor da unidade (ASSIS, 2019).

Este panorama acerca do funcionamento do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico demonstra a situação em que se encontra a Unidade. Com uma equipe pequena, verba insuficiente e condições precárias, o HCTP depende muito da boa vontade dos funcionários e da boa gestão da sua diretora para sobreviver, e atingir as metas impostas pela SERES, carecendo de apoio do aparato estatal para efetivamente promover algum tipo de cuidado, ressocialização ou “cessação de periculosidade” dos que ali se encontram. Com condições de funcionamento tão débeis, esse tipo de instituição não pode ser considerado um lugar de tratamento e melhora para que seus pacientes se tornem “aptos para o convívio em sociedade”. Portanto, vemos que já desde dentro do cumprimento da medida de segurança o

estado não dá meios para a desinstitucionalização dos indivíduos, mantendo-os sem condições de melhora, sempre internados, **perigosos**. Sobre isso reflete Salo de Carvalho quando reconhece a imprescindibilidade do espaço institucional dos manicômios para a manutenção da segregação:

A cisão artificial entre normais e loucos, entre pessoas sadias e enfermas – traduzida no direito pela reprodução discursiva dos estereótipos que opõem criminosos e não criminosos – é sustentada pelo espaço institucional dos manicômios (e dos cárceres) (CARVALHO; 2015, p. 288).

4. HCTP em números e a análise da hipótese frente a realidade local

4.1 Análise Quantitativa dos presos no HCTP

No início do mês de setembro, mais precisamente na contagem do dia 03 de setembro de 2019, de acordo com o documento fornecido pela segurança da Unidade à defensoria contendo a totalidade dos presos, a unidade contava com 326 internos, sendo 21 mulheres e 305 homens. Entre homens e mulheres, 295 pacientes já haviam tido suas pastas analisadas pela defensoria pública. Destes, 156 eram presos provisórios, 76 estavam cumprindo medida de segurança, 18 eram indivíduos considerados imputáveis, pendentes de transferência para outras unidades e 45 pacientes já estavam com alvará, mas ainda não haviam sido desinternados. Visto isto, temos um total de 15% de indivíduos que já têm judicialmente deferido seu direito à liberdade, mas ainda não o estão exercendo efetivamente.

Especificamente no que tange ao número de presos com alvará, fizemos uma pesquisa quantitativa dos últimos 06 meses, de janeiro a setembro de 2019, abrangendo apenas os pacientes que receberam seu alvará de soltura nesse período. A unidade não possui esses números em nenhuma base de dados, de forma que uma das partes desta pesquisa consistiu em sintetizar essas informações.

A contabilização foi feita, inicialmente, por meio da transferência para meio digital das informações constantes em um livro de registros do setor psicossocial da Unidade que discrimina os dados dos pacientes que receberam alvará de soltura no período de 07/01/2019 a 24/09/2019. Integram essa lista as seguintes informações: nome do paciente; nº de prontuário; data de recebimento do alvará de soltura do paciente pelo setor psicossocial; município de referência do paciente; GERES –

Gerência Regional de Saúde¹⁰; técnico responsável pelo paciente¹¹; demais observações.

De posse desses dados, principalmente do número de prontuário dos pacientes, acessamos o sistema do SIAP da Secretaria Executiva de Ressocialização do Estado de Pernambuco, que reúne as informações de todos os que passaram pelo sistema carcerário, para buscar um documento chamado “assentamento carcerário”, no qual constam as datas das entradas e saídas de estabelecimentos prisionais do paciente. Só é possível o acesso a este sistema em rede de internet autorizada e com autenticação pessoal, de forma que a coleta de todos os assentamentos carcerários foi feita dentro da Unidade, utilizando o login e senha da defensora lotada nesta, com sua devida autorização.

Em seguida, foi feita a análise individual dos assentamentos carcerários de 91 pacientes, para estabelecer a data de saída destes e alimentar a planilha que já havia sido feita com os dados do livro de registro.

O objetivo desta visão quantitativa é estabelecer quantos presos receberam seu alvará neste período e quando eles efetivamente saíram, vendo os que ainda estão presos e tendo uma ideia de quanto tempo demora, em média, para os pacientes serem desinternados.

Através da análise do Apêndice 01, observamos que dos 91 pacientes que receberam seus alvarás de soltura no período de 07/01/2019 a 13/09/2019, 13 pacientes com alvará restaram internados até o final da pesquisa, em 24/09/2019. Isso quer dizer que 14,28% dos pacientes com direito a desinternação não foi

¹⁰ As GERES são unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde, que se dividem para abranger os municípios, às vezes se dividindo em várias áreas dentro de um mesmo município. No caso do HCTP é importante saber a área à qual o paciente está relacionado para determinar, por exemplo, a qual GERES vai ser solicitado vaga em residência terapêutica, por exemplo.

¹¹ Na equipe de desinternação do HCTP, cada técnico é responsável por uma GERES e os pacientes que nela se enquadram.

libertado no período de janeiro a setembro de 2019. Com os dados constantes no Apêndice, calculamos que a média de tempo geral para a desinstitucionalização dos pacientes com alvará de soltura é de 23,67 dias, enquanto que a média da permanência dos 13 pacientes que não foram desinternados chega a mais de 105 dias em 24/09/2019, muito acima da média geral. Diante desses dados, percebe-se como é gritante o tempo de internação indevida ao qual estão submetidos estes indivíduos.

4.2 Loucas infratoras e o abandono das mulheres pelo sistema penitenciário

Dos 91 pacientes constantes no Apêndice 01, 08 são mulheres, correspondendo a apenas 8,79% do total. Dos 13 pacientes com alvará presos indevidamente, 3 são mulheres, correspondendo a mais de 23% dessa quantidade. Ao analisar, portanto, os intervalos entre a expedição dos alvarás e a efetiva desinternação dos pacientes, percebemos que, **proporcionalmente**, há muito mais mulheres à espera da desinternação do que homens.

Assim, vemos que boa parte dos presos com alvará é do sexo feminino, mesmo as mulheres estando em menor número na unidade. Esta observação foi apresentada por Patrícia Magno em seu já citado artigo acerca do encarceramento feminino, de que visto que as mulheres são invisibilizadas no sistema penitenciário, mas principalmente nos HCTPs (ela cita inclusive um dado falso apresentado pelo estado do Rio de Janeiro, de que não haveriam mulheres internadas nesses estabelecimentos), o espaço dos HCTPs são voltados majoritariamente para o mínimo de “ressocialização” para os homens:

Em segundo lugar, porque as “práticas sociais” (HERRERA FLORES, 2009, p. 118), entendidas como “formas de organização e ação a favor e/ou contra uma situação de acesso aos bens que se pretende obter”, no “espaço” do manicômio, tendem a prestigiar os homens em detrimento das mulheres, que, em menor número, disputam – com evidente desvantagem – o acesso ao exercício de direitos, nos lugares destinados e construídos por homens e para homens. Elza Ibrahim (2014, p. 27), que trabalhou por anos como

psicóloga no extinto HCTP-Heitor Carrilho, registra: O tratamento dispensado às pacientes femininas do Manicômio Judiciário é claramente diferenciado daquele oferecido aos pacientes masculinos. É possível constatar esta afirmação quando se caminha pela parte externa do hospital: os pacientes masculinos circulam à vontade pelo pátio e têm livre acesso aos setores técnicos, sendo-lhes possível manter contato direto com os profissionais. Já as mulheres passam o tempo inteiro isoladas em suas celas individuais ou apenas caminhando, de um lado para o outro, ao longo das galerias. A elas tampouco é permitido integrar o grupo dos `faxinas` enfrentando, na maior parte das vezes, grande resistência por parte da administração. Sendo assim, o setor feminino, além de estar localizado em um prédio isolado dos demais, mantém as pacientes femininas em total ociosidade entregues, tão somente, a suas divagações e delírios. (MAGNO, 2017, p. 5)

O mesmo se observa no HCTP em Pernambuco. Durante o tempo de estágio dentro da unidade, não observamos nenhuma mulher ocupar cargo de “concessionada” e, proporcionalmente, a quantidade de pacientes do sexo feminino andando pela unidade era muito pequena, enquanto que tínhamos internos em todos os ambientes do estabelecimento. Também chamou nossa atenção de que quando as mulheres, independente do seu nível de “sanidade e lucidez”, vinham buscar atendimento da defensoria, sempre estavam acompanhadas de um “chaveiro”, ou de um Agente Penitenciário, ou até mesmo de outra paciente com mais liberdade. Com os homens isso só ocorria com os pacientes muito idosos, com problemas de ordem física ou sem nenhum discernimento. Nesse sentido, vemos a reprodução da invisibilização e da sujeição que as mulheres, loucas ou não, sofrem em nossa sociedade patriarcal, obviamente que cada uma em seu lugar social:

Weigert (2017, p. 144), partindo da compreensão de que o “sistema penitenciário como um todo pune mais intensamente a mulher do que o homem, pois reproduz intramuros a sociedade patriarcal”, sustenta que “em relação às mulheres entendidas como loucas não se trata meramente de invisibilidade social, mas sim – penso ter conseguido exergar claramente – de uma verdadeira cegueira” (Ibid, p. 146). Cegueira que também é visível para mim. (MAGNO, 2017, p. 08)

Outro problema recorrente na unidade são os abusos sexuais contra essas mulheres, que partem de pacientes imputáveis, inimputáveis e até mesmo de agentes penitenciários. O que parecia é que esta era uma realidade tacitamente aceita na unidade, visto que todos sabiam que ocorriam abusos sexuais e até mesmo prostituição no HCTP, mas como nunca houve uma diretriz de como lidar com a mulher louca e encarcerada, não se sabiam quais medidas poderiam ser tomadas. Assim, mulheres já vulnerabilizadas têm sua saúde mental ainda mais dilacerada e o estado não provê nenhuma saída para elas, a não ser deixá-las confinadas (a punição caso seja descoberto que uma mulher teve relações sexuais é o isolamento) ou fingir que não aconteceu, dificultando ainda mais a recuperação destas pacientes.

Por fim, outro aspecto que explica a maior permanência de mulheres no HCTP é o abandono familiar. Conforme sabemos, também nos presídios comuns, a taxa de abandono familiar é muito maior entre as mulheres. Nesse sentido, o Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil, impulsionado pelo Centro Pela Justiça e pelo Direito Internacional (CEJIL) afirma:

Um dos aspectos negativos mais incidentes nas vidas das mulheres presas é o distanciamento da família, diferentemente da realidade vivenciada pelos homens presos, os quais em geral mantêm seus vínculos familiares durante o período de encarceramento.

(...)

As causas do afastamento entre os familiares e amigos das mulheres encarceradas são conhecidas das autoridades públicas, no entanto não há sensibilização para a gravidade das conseqüências relacionadas ao não recebimento de visitas para o processo de ressocialização das mesmas.

(CEJIL et. al, 2007)

No que tange a pesquisas quantitativas, essa realidade está representada no relatório do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN Mulheres, de 2018:

Nos estabelecimentos masculinos, foram realizadas, em média, 7,8 visitas por pessoa ao longo do semestre, enquanto nos estabelecimentos femininos e mistos, essa média cai para 5,9 por pessoa privada de liberdade. Destacam-se os estados do Amazonas, Maranhão, Paraíba e Rio Grande do Norte, em que a média de visitas realizadas nos estabelecimentos masculinos é mais de 5 vezes maior que a média nos estabelecimentos femininos. (DEPEN, 2018)

Enquanto homens presos recebem visitas e suprimentos de suas esposas, mães e filhas, as mulheres são abandonadas na cadeia à própria sorte. Não é diferente com as loucas infratoras. Durante a atuação na defensoria pública lotada na unidade, observamos que enquanto muitos homens tinham apoio familiar, visitas, visitas conjugais, contato de familiares com a equipe multiprofissional, o mesmo não ocorria com as mulheres. Considerando a falta de vagas nas residências terapêuticas, a melhor chance de desinternação do paciente com alvará de soltura expedido é o retorno familiar. Com o abandono sofrido pelas mulheres em geral no sistema penitenciário, assim como na nossa sociedade patriarcal, não é surpresa que estas tenham mais dificuldade de efetivamente serem desinternadas.

4.3 Análise da hipótese frente à realidade local

Em seu artigo, a Prof^a Ms. Patrícia Magno, referência no estudo da área e militante ativa no movimento antimanicomial, expõe o problema em uma simples frase:

No Estado do Rio de Janeiro, as mulheres com transtornos mentais em conflito com a lei ficam internadas no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Roberto Medeiros (HCTP-RM), dentro do Complexo Penitenciário de Gericinó: **um manicômio judiciário, em pleno século XXI e ainda de pé, mais de uma década depois da Lei 10.216/01, marco legal da reforma psiquiátrica no Brasil.** (MAGNO, 2017, p. 2) (grifo nosso)

O mesmo ocorre aqui em Pernambuco. Os considerados “loucos infratores”, homens e mulheres, estão relegados, em pleno 2019, a um manicômio judiciário, sem o mínimo de cuidado psicológico/psiquiátrico. Conforme a entrevista aqui abordada, a

própria diretora da unidade reconhece e critica como o atual modelo de “tratamento” para “cessação da periculosidade” não trata os pacientes de maneira nenhuma.

Com a Secretaria da Saúde assumindo um volume muito grande de profissionais do sistema prisional, se faz indispensável definir as peculiaridades e necessidades de cada unidade prisional. Nesse sentido, não há dúvida que o HCTP é o estabelecimento mais peculiar de todos, dada a sua função híbrida de estabelecimento hospitalar e prisional, causado pela natureza *sui generis* da medida de segurança. A gestão do HCTP está em constante negociação com as secretarias para que estas dirijam esse olhar diferenciado para a equipe de saúde da unidade. A disparidade é tanta que, para se fazer uma comparação, no hospital psiquiátrico Ulysses Pernambucano há uma média de 120 pacientes, porém mais que o dobro de profissionais que o HCTP.

Para tentar mitigar esse problema, hoje a unidade conta com um grupo de trabalho (GT-HCTP) vinculado à Secretaria de Direitos Humanos da SERES que apresenta suas demandas na Câmara de Articulação do Pacto Pela Vida¹² que se dedica a encontrar soluções para os problemas da unidade, principalmente no que diz respeito à quantidade de presos. Por exemplo, há uma articulação para impedir o encaminhamento de presos provisórios diretamente para o HCTP, visto que já constituem por volta de 40% por cento da unidade, e que sem esse contingente seria possível um melhor atendimento com a equipe que o hospital dispõe. Outra parcela significativa da população carcerária que onera desnecessariamente as equipes de saúde do HCTP são os presos com alvará, que segundo a gestora, em outubro deste ano já somavam um total de 42 pacientes cujos alvarás de soltura já haviam sido expedidos.

¹² O Programa Pacto pela Vida, criado em 2007, visa reduzir os índices de criminalidade no Estado. A discussão acerca do “sucesso” desse programa é intensa, vide a dissertação de mestrado do Prof. Ms. Cristhovão Fonseca Gonçalves, intitulada “Na central da capital: Entre as drogas e o Pacto - Etnografando a criminalização das drogas e a cultura policial nas metas do Pacto pela “Vida” no Grande Recife”, que problematiza o caráter produtivista de “metas de encarceramento” proposto pelo programa. No entanto, foi criada uma Câmara de Articulação do programa, na qual instituições como a Defensoria Pública, o Judiciário, o Ministério Público e até mesmo os gestores de unidades prisionais podem pautar suas exigências de melhorias no sistema penal pernambucano.

Ainda segundo a gestora entrevistada,

se conseguirmos desinternar estes 42 presos que já têm direito à desinternação, barrar a entrada indiscriminada de presos provisórios e nos mantermos apenas com os pacientes com aplicação de medida de segurança, que realmente precisam estar no HCTP (sic), já é possível um melhor atendimento com as condições de equipe e verba que o hospital dispõe. (ASSIS, 2019)

Vê-se que para além da necessidade de aumento na equipe, pode ser buscada uma nova alternativa para um funcionamento mais eficiente da Unidade. Assim, é possível que apenas com a justa redução do contingente de pacientes da unidade, o que é factível e necessário, o hospital possa operar satisfatoriamente com a equipe que possui, o que não ocorre hoje.

Outro problema trazido pela natureza “prisional” do HCTP é que por não fazer parte do sistema de saúde, não há obrigatoriedade de criação de vagas nas residências terapêuticas e de atendimento na Rede de Atendimento Psicossocial – RAPS, de responsabilidade do município. Ou seja, para os egressos do sistema de saúde, do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano, por exemplo, há a obrigatoriedade de existência de vagas em residências terapêuticas, mas para aqueles que vêm do sistema prisional, mesmo que oriundos de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, não há a mesma garantia.

Por fim, outro ponto digno de nota é a quantidade de pessoas em geral que, mesmo com o alvará de soltura expedido, algumas desde fevereiro deste ano, não haviam sido desinternadas até o dia 24 de setembro de 2019. Um total de 14,28% de todos os indivíduos que receberam alvará de soltura durante o período estudado, o que demonstra a ineficiência estatal em dar ferramentas para o HCTP e sua equipe desinternarem estes pacientes, afinal é absurdo haver uma taxa de quase 15% de insucesso nas desinternações de pessoas com ordem judicial para tal.

Segundo entrevista conduzida com a atual diretora do HCTP no dia 22 de outubro de 2019, esta sabia exatamente o número de presos detentores de alvará de soltura: 42. E se mostrou extremamente incomodada com esse número. A maior dificuldade na desinternação desses pacientes resta no fato de que muitos não têm mais vínculos familiares. É muito frequente que a família do paciente se recuse a recebê-lo, pois há muitas famílias do interior do estado, que têm renda bem mais baixa e pouca instrução, formando um empecilho de natureza financeira para o recolhimento do paciente pela família. Vemos, inclusive, que o vínculo familiar já começa a ser fragilizado por conta da dificuldade em comparecer às visitas¹³, de forma que a fragilização deste vínculo chega ao ponto de rompimento, quando nem o familiar quer aceitar o cuidado do paciente nem o próprio paciente reconhece este vínculo, em decorrência dos efeitos do abandono familiar.

O fato de o hospital contar com as famílias para a desinternação é muito delicado, visto que a recusa não se restringe apenas a motivos de renda e classe social das famílias. A gestora apontou casos em que famílias com nível de instrução de ensino superior, de classe média e até de classe alta, se recusam a receber os pacientes devido à natureza do fato cometido, muitas vezes contra a própria família. Em um caso desses, a unidade não se pode exigir da família que se responsabilize pelo paciente, mesmo que tenha condições para tal. É mais do que nunca um papel do estado também suprir a ausência de famílias sem condições psicológicas para receber os pacientes egressos do HCTP. Ou seja, a principal razão para a não desinternação dos pacientes com alvará de soltura é a falta de possibilidade de moradia e sustento para os desinternados sem vínculo familiar para retorno ao lar, o que não seria um problema caso houvessem vagas em residências terapêuticas e possibilidade de moradia assistida para todos. No entanto, o que vemos é que não há interesse do estado em libertar estes indivíduos, mesmo que já tenham “conquistado” seu direito à liberdade.

¹³ Devido à localização de difícil acesso da unidade e a falta de apoio do estado para essas famílias (em tese existem carros da prefeitura de alguns municípios, mas não é frequente e é nem acessível a todos), muitos familiares que até possuem interesse em visitar o paciente não conseguem comparecer às visitas.

De forma a exemplificar a letalidade desta “política criminal” adotada pelo estado, apresentamos um caso concreto ocorrido no HCTP em estudo identificado por meio da observação participante através de conversas com pacientes e funcionários da Unidade. O paciente E.L., foi diagnosticado com doença mental superveniente ao cumprimento de pena e teve sua pena privativa de liberdade convertida em medida de segurança de internação. Ao final do prazo mínimo de sua medida de segurança, foi apresentado laudo psiquiátrico de cessação de periculosidade o qual, por sua vez, ensejou na conversão da medida de segurança de internação em tratamento ambulatorial. Diante disso, E.L. teve seu alvará de soltura expedido em 4 de julho de 2017, constando na decisão inclusive ordem que determinou que

o Secretário de Saúde do Município de .../PE, participe da construção de desinternação do paciente, providenciando serviço de ambulância para busca-lo no HCTP, com a maior urgência possível, no prazo máximo de 72 horas, indicando quais serão os técnicos de referência que acompanharão após a desinternação do HCTP, no serviço público de assistência à saúde mental desse município, seja a nível de CAPS ou de residência terapêutica, ou outra unidade de saúde mental convencional .¹⁴

No entanto, mesmo com o alvará em mãos, não foi possível ao HCTP desinternar o paciente, visto que este não tinha referências familiares para recebe-lo e a determinação do então juiz da 1ª Vara Regional de Execução Penal da Capital não foi cumprida. Diante dessa situação, a Defensoria Pública apresentou petição solicitando novamente o cumprimento da decisão. Em 04/10/2018, portanto, a atual juíza da referida vara de execuções proferiu a seguinte decisão:

EFETIVAR DESINTERNAÇÃO CONDICIONAL DECISÃO
INTERLOCUTÓRIA Trata-se de pedido de providências quanto à efetivação da desinternação concedido em favor do paciente E.L., filho de ... e de ..., atualmente recolhido no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico -

¹⁴ Dados obtidos na tela de consulta processual pública do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco e no assentamento carcerário do paciente.

HCTP. Registre-se que **o paciente em tela obteve conversão da medida de segurança de internação em tratamento ambulatorial em 24/07/2017**, conforme decisão às fls. 71. Não obstante, **não foi reconduzido ao convívio familiar/social, por falta de apoio familiar para a efetiva desinternação**. Por fim, a Defensoria Pública, em petição fundamentada com dados oficiais da GASAM/PE, **apresenta a este Juízo a relação de vagas existentes em residências terapêuticas deste Estado, nas quais poderiam ser incluídos os pacientes egressos do HCTP, sobretudo por reserva legal**, a exemplo de E.L.. Neste caso, a Defensoria indicou a Residência Terapêutica 2 do Município de Recife como disponível para acolhimento do paciente ora em análise. DECIDO: Conforme orientação da Resolução 113/2010 do CNJ, em interpretação sistêmica com a Lei 10.216/01, que promoveu a Reforma Psiquiátrica, é cediço que cabe ao Juízo responsável pela execução de medida de segurança garantir a implementação da Política Antimanicomial. Havendo informação oficial acerca da existência de vaga e de possibilidade de inclusão do paciente em Residência Terapêutica, não pode este Juízo se omitir ao pleito, **ressaltando a gravidade de manutenção imprópria no HCTP**. Não obstante, sabe-se que diante da existência de transtorno mental, o paciente não poderia simplesmente ser colocado em liberdade desassistida. Assim, diante do DEFERIMENTO da DESINTERNAÇÃO CONDICIONAL DO PACIENTE que lhe foi imposta, considerando que até o momento a desinternação não foi efetivada, DETERMINO ao Sr. Secretário de Saúde do Município de Recife/PE que, **mantida a disponibilidade de vaga, promova, no prazo de quinze dias, a inclusão do paciente E.L. em Residência Terapêutica desse município com a finalidade de garantir a reinserção social assistida do paciente**, inclusive, havendo necessidade, providenciando o transporte do HCTP para o referido local. Havendo impossibilidade de se fazê-lo, deve-se comunicar a este Juízo imediatamente. Expeça-se mandado de intimação do Sr. Secretário de Saúde do Município de Recife/PE, remetendo-se via malote digital em atenção à celeridade e economia processuais. Encaminhe-se cópia desta ao Gerente de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, para conhecimento e acompanhamento do que aqui foi determinado. Em caso de descumprimento da presente decisão, retornem-me os autos conclusos a fim de julgar o pedido de instauração de excesso de execução feito pelo MP. (grifos nossos, reduções feitas de modo a preservar a identidade do paciente)

Em um caso como esses, em hipótese alguma podemos exigir da família a obrigação de receber o paciente, mas o estado, por sua vez, é sim obrigado a dar assistência para que este subsista fora da unidade, por meio de vaga em residências terapêuticas, moradia assistida e rede de CAPS ampla e bem estruturada, o que não ocorre.

Decorridos os quinze dias do prazo estipulado pela juíza, E.L. ainda ficou internado por quase um ano. Foram mais de dois anos de manutenção imprópria do paciente em regime de internação a contar da data de expedição de seu alvará de soltura. Durante esse período de descumprimento de decisão judicial, o paciente entrou em surto e tentou suicídio na unidade, apenas para ser encaminhado para o Hospital da Restauração, em Recife/PE, onde veio a falecer em 16/08/2019. Temos aqui uma evidente falta de tutela pelo estado, o qual “deixou” morrer um indivíduo diretamente sob sua responsabilidade. Por fim, trazemos uma citação que resume bem o que apresentamos neste capítulo:

É preciso entender as engrenagens históricas que movem as instituições totais, para saber as ineficiências, já comprovadas. O isolamento imposto aos criminosos portadores de transtornos mentais, de certo agrava sua condição de doentes e torna cada vez mais distante a possibilidade de retorno ao convívio social. A repulsa pela própria família faz com que o portador de transtorno mental acabe se configurando como um preso perpetuo. Inimputável perante a lei, sua sentença se torna a mais dura e perversa dentro do contexto em que está inserido. A rejeição social ao crime é ampliada pelo medo da doença mental. Sem estrutura do estado, e sem aceitação, resta a esses indivíduos permanecerem no HCTP, provavelmente até o final de suas vidas.

5. CONCLUSÃO

Neste trabalho, começamos por conduzir uma análise da definição clássica de política criminal, a partir da qual exploramos a possibilidade de um conceito diverso, de uma política criminal informal, que busca a segregação dos indivíduos considerados socialmente “indesejáveis”. Efetuamos, em seguida, uma análise diversa, a respeito da legislação produzida sobre o tema e suas inconsistências, as quais dificultam a aplicação das medidas antimanicomiais e acabam por reforçar o caráter punitivo das medidas de segurança.

Para entender o campo de estudo acerca do tema, desenvolvemos uma breve síntese das principais produções científicas sobre o funcionamento e a população dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil e em Pernambuco. Desta síntese, verificamos que não há uma grande quantidade de estudos que abordam tais temáticas, e os que existem ou se referem a outros estados ou estão bastante desatualizados. É importante destacar que a produção dos pesquisadores da área é riquíssima (vide a pesquisa brilhante de DINIZ, 2013), rendendo estudos e reflexões muito profundos sobre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e seu funcionamento, assim como sobre o tratamento das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei como um todo. No entanto, especificamente sobre o estado de Pernambuco, o volume de informações sobre o HCTP é baixo, razão pela qual buscamos produzir este conteúdo.

Em seguida, optamos por mostrar ao leitor a real dimensão do HCTP de Pernambuco, seu funcionamento e suas carências, por meio de uma descrição minuciosa da instituição, inclusive de seu quadro de funcionários. Esta descrição busca representar com precisão a realidade do HCTP, uma vez que foi colhida diretamente da gestora da Unidade e de diálogos e experiências com integrantes da instituição.

Foi apresentada, ainda, uma visão quantitativa do contingente de pacientes no HCTP, tanto do total de presos constante no mês de setembro de 2019, quanto do

perfil desses presos, para visualizarmos de onde vêm uma série de problemas da unidade, como a falta de recursos e equipe. Um número muito alto de presos provisórios é exemplo de uma dessas razões.

Fizemos ainda uma análise de todos os presos que receberam alvará de soltura no período de janeiro a setembro de 2019, para verificarmos se estes alvarás estão sendo cumpridos, e se não, qual a média de tempo que um paciente fica preso indevidamente. Dessa análise, estabelecemos tanto um recorte de gênero quanto de “situação processual”, visto que analisamos especificamente a situação dos presos com alvará e das mulheres presas com alvará, concluindo pela maior dificuldade na desinternação feminina por abandono não só familiar, mas também do aparato estatal.

Por fim, nos deparamos com a apresentação da hipótese frente à realidade local, onde expomos não apenas as dificuldades enfrentadas pelo HCTP, mas também as ações tomadas para tentar mitigá-las. É nesta parte da pesquisa que apresentamos o caso de E.L., que acreditamos ser vítima do descaso estatal, visto que permaneceu mais de dois anos preso enquanto já possuía alvará de soltura, até que veio a óbito.

As investigações bibliográfica, documental e participativa realizadas nos permitiram alcançar algumas conclusões sobre a dificuldade na desinstitucionalização dos pacientes do HCTP de Pernambuco e a origem de tal dificuldade. Pudemos observar que a maior dificuldade encontrada pela equipe de desinternação da unidade é a recusa dos familiares em receber os pacientes, problema que poderia ser mitigado com um fortalecimento das RAPS para receber estes pacientes caso não tivessem mais vínculo familiar. Outra dificuldade que reconhecemos é o de que apesar de o objetivo da medida de segurança não ser o de punição, e sim de tratamento do paciente para cessação de periculosidade e reinserção na sociedade, na forma como essa medida é cumprida nos HCTPs não há nenhum aspecto de cuidado ou recuperação, pelo contrário. O isolamento e as condições precárias oferecidas pelos HCTPs aos pacientes acabam por agravar ou manter seus quadros de sofrimento

psíquico, restando impossível a cessação de sua periculosidade e o seu retorno à vida em sociedade.

Assim, concluímos que boa parte das limitações e dificuldades do cumprimento de medida de segurança para cessação de periculosidade nos HCTPs é auto infligido pelo Estado a seus próprios representantes. O próprio estado dificulta a recuperação e a saída destes indivíduos, por razão que não pode ser outra além do interesse na manutenção dos indivíduos considerados “loucos” no isolamento social, depositados em um ambiente afastado dos demais indivíduos “sãos” e “funcionais”, assim como é feito com todos os grupos que em algum momento desviam do padrão imposto.

Por fim, reconhecemos que este trabalho é apenas um pequeno passo em busca de uma sociedade sem manicômios, mas esperamos que tenha sido possível apresentar nossa contribuição à área, para que no futuro mais e mais pesquisadoras e pesquisadores possam discutir a desinstitucionalização do “louco infrator” em busca de práticas emancipatórias. Por uma sociedade sem manicômios.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Nilo. Política Criminal com derramamento de sangue. In: Discursos Sediciosos, Rio de Janeiro, v. 05/06, 1998. Disponível em: <https://www.academia.edu/16082676/_Artigo_Pol%C3%ADtica_criminal_com_derramamento_de_sangue_-_Nilo_Batista_1_>

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/CNCP. Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária - CNPCP/2015. Brasília: 2015. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/plano_nacional-1/PlanoNacionaldePoliticaCriminalPenitenciria2015.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>.

BRITO, Luciana. (2013). A CUSTÓDIA E O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL: CENSO 2011. Cadernos de Saúde Pública. 29. 2353-2354. 10.1590/0102-311xre011113.

CACICEDO, Patrick Lemos. O Princípio da Less Eligibility, a Legalidade na Execução Penal e os Tribunais Superiores. R. EMERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 67, p. 306 - 316, jan - fev. 2015

CALIL, Mário Lúcio Garcez; SANTOS, José Eduardo Lourenço dos. A formulação da agenda político-criminal com base no modelo de ciência conjunta do direito penal. In: Revista Brasileira de Políticas Públicas, Brasília, v.08, n.01, abr. 2018, p. 36-53.

CARVALHO, Salo de. Antimanual de Criminologia. 6ª edição revisada e ampliada. São Paulo: Saraiva, 2015.

CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. A PUNIÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE OS IMPACTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO SISTEMA DE RESPONSABILIZAÇÃO PENAL. Revista de Estudos Criminais, v. 48, jan/mar 2013, Doutrina Nacional. Disponível em: <http://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/PM_Carvalho__Weigert_A_Punicao_do_Sofrimento_Psiquico_no_Brasil_REC_48_libre.pdf>

CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. REFLEXÕES INICIAIS SOBRE OS IMPACTOS DA LEI 10.216/01 NOS SISTEMAS DE RESPONSABILIZAÇÃO E DE EXECUÇÃO PENAL. Revista Responsabilidades, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 285-301, set. 2012/fev. 2013.

Disponível em: <https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/PM_Reflexoes_Iniciais_sobre_os_Impactos_da_Lei_de_Reforma_Psiquiatrica-libre.pdf>

Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional (CEJIL); Associação Juízes para a Democracia (AJD); Instituto Terra, Trabalho e Cidadania (ITCC); Pastoral Carcerária Nacional/CNBB; Instituto de Defesa do Direito de Defesa (IDDD); Centro Dandara de Promotoras Legais Popular; Associação Brasileira de Defesa da Mulher, da Infância e da Juventude (ASBRAD); Comissão Teotônio Vilela (CTV); Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). RELATÓRIO SOBRE MULHERES ENCARCERADAS NO BRASIL. 2007. Disponível em: <<https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Relato%CC%81rio-para-OEA-sobre-Mulheres-Encarceradas-no-Brasil-2007.pdf>>.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução Nº 108 de 06 de abril de 2010. Dispõe sobre o cumprimento de alvarás de soltura e sobre a movimentação de presos do sistema carcerário, e dá outras providências. DJE/CNJ nº 64/2010, de 12/04/2010, p. 2-3. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=175>>.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. 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. DJE/CNJ nº 73/2010, de 26/04/2010, p. 03-07. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=136>>.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN). Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN Mulheres. 2ª ed. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf>.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN); PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Relatório de equipes de saúde existentes no sistema prisional: Produto 01 da Consultoria Nacional Especializada para produção de subsídios voltados ao aperfeiçoamento da Política Nacional de Saúde Integral das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). ALVES, Eagles Muniz. Brasília: Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional, 2016.

DINIZ, Debora. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011. UnB: Brasília, 2013

FRAGOSO, Heleno Cláudio. Lições de Direito Penal: parte geral. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

GARBAYO, Juliana; ARGÔLO, Marcos. Crime e doença psiquiátrica: perfil da população de um hospital de custódia no Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*, 2008. Disponível em: <>.

MAGALHÃES, Mirella Rocha. ENTRE A DOENÇA E O CRIME: AS ORIGENS E CONTRADIÇÕES DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO EM PERNAMBUCO. In: XII Encontro Estadual de História: História e desafios do tempo presente/ ANPUH-PE. Anais Eletrônicos. Disponível em <[https://www.encontro2018.pe.anpuh.org/resources/anais/8/1535754123_ARQUIVO_ARTIGOANPUH2018\(1\).pdf](https://www.encontro2018.pe.anpuh.org/resources/anais/8/1535754123_ARQUIVO_ARTIGOANPUH2018(1).pdf)>

MAGNO, Patricia. E assim morre o exame de cessação de periculosidade. ANADEP. Livro Práticas e Teses Exitosas. In: CONGRESSO NACIONAL DOS DEFENSORES PÚBLICOS. 13., 2017. Tema: Defensoria Pública em defesa dos grupos em situação de vulnerabilidade. Disponível em <https://www.anadep.org.br/wtksite/Livro_Congresso_2017.pdf>.

MAGNO, Patrícia. LOUCURA, CRIME E GÊNERO NO ENCARCERAMENTO FEMININO: O PAPEL DAS DEFENSORIAS PÚBLICAS. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X. Disponível em: < patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2018/02/Loucura_crime_genero-no-encarceramento_feminino.pdf>.

MOTA, Maria Nazareth Vasques. A política criminal: faces da justiça. Disponível em: http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/manaus/violencia_criminalidade_maria_vasques_mota.pdf. In: XV CONGRESSO DO CONPEDI, 2006, MANAUS. ANAIS DO XV CONGRESSO DO CONPEDI. FLORIANOPÓLIS: CONPEDI.

PASTORAL CARCERÁRIA DA ARQUIDIOCESE DE SÃO PAULO. HOSPITAIS-PRISÃO: NOTAS SOBRE OS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS DE SÃO PAULO. São Paulo, 2018. Disponível em <https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2018/08/relatrio_hospitais-priso-gt-sade-mental-e-liberdade-pastoral.pdf>

Santos, Alana; Lima, Cristiane; Santos, Elizabete; Bastos, Jailza; Silva, Ledalene; da Silveira, Helson; Ribeiro Junior, Howard. Perfil clínico dos pacientes com transtornos mentais internados em um hospital de custódia e tratamento – Bahia – Brasil. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 2016. Disponível em <>.

SILVA, Louise Trigo da. ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O DIREITO PENAL MÁXIMO. *Revista DIREITO MACKENZIE* v. 6, n. 2, p. 217-224, 2014.

TJPE. Ação civil pública n. 000861-74.2009.8.17.0760. Juiz de Direito: JOSÉ ROMERO MACIEL DE AQUINO. Judwin: 2015. Disponível em: <<https://srv01.tjpe.jus.br/consultaprocessualunificada/processo/>>

YAROCHEWSKY, Leonardo Isaac; COELHO, Thalita da Silva. Um juiz garantista. Migalhas, 2012. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI164929,81042-Um+juiz+garantista>>

APÊNDICE 01

Planilha com os dados não sigilosos referentes aos pacientes que receberam alvará de soltura no período de 07/01/2019 a 13/09/2019

NOME	RECEBIMENTO DO ALVARÁ PELO PSICO	MUNICÍPIO	DATA DE SAÍDA SEGUNDO O SIAP	INTERVALO ENTRE O ALVARÁ E A SAÍDA (em dias)
Paciente - masculino 01	07/01/2019	Sanharó	12/02/2019	36
Paciente - masculino 02	18/01/2019	Ouricuri	21/01/2019	3
Paciente - masculino 03	18/01/2019	Olinda	18/01/2019	0
Paciente - masculino 04	05/02/2019	Olinda	06/02/2019	1
Paciente - masculino 05	13/02/2019	Cabo	13/02/2019	0
Paciente - masculino 06	14/02/2019	Ipojuca	14/02/2019	0
Paciente - masculino 07	15/02/2019	Jaboatão	20/02/2019	5
Paciente - masculino 08	15/02/2019	Lagoa de Itaenga	22/02/2019	7
Paciente - masculino 09	18/02/2019	Petrolândia	24/09/2019	218
Paciente - masculino 10	18/02/2019	Limoeiro	15/08/2019	178
Paciente - masculino 11	20/02/2019	Ipojuca	03/04/2019	42
Paciente - masculino 12	07/03/2019	Ouricuri	24/09/2019	201
Paciente - masculino 13	07/03/2019	Caruaru	11/03/2019	4
Paciente - masculino 14	07/03/2019	Pesqueira	09/05/2019	63
Paciente - masculino 15	07/03/2019	Jaboatão	13/03/2019	6
Paciente - masculino 16	12/03/2019	Brejo da Madre Deus	22/03/2019	10
Paciente - masculino 17	12/03/2019	Recife	24/09/2019	196
Paciente - masculino 18	18/03/2019	Serrita	27/03/2019	9
Paciente - feminino 01	20/03/2019	São João	30/03/2019	10
Paciente - masculino 19	21/03/2019	Surubim	27/03/2019	6
Paciente - masculino 20	23/03/2019	Paulista	21/05/2019	59
Paciente - masculino 21	28/03/2019	Pedra	02/04/2019	5
Paciente - masculino 22	28/03/2019	Ouricuri	28/05/2019	61
Paciente - feminino 02	01/04/2019	Cumarú	08/05/2019	37
Paciente - masculino 23	03/04/2019	Recife	13/04/2019	10
Paciente - masculino 24	03/04/2019	Areias	14/05/2019	41
Paciente - masculino 25	05/04/2019	Carpina	24/09/2019	172
Paciente - feminino 03	10/04/2019	Ipubi	12/04/2019	2
Paciente - masculino 26	11/04/2019	Igarassu	24/09/2019	166
Paciente - masculino 27	11/04/2019	Brejo da Madre Deus	11/04/2019	0
Paciente - masculino 28	11/04/2019	Olinda	17/04/2019	6
Paciente - masculino 29	22/04/2019	Camargibe	22/04/2019	0
Paciente - masculino 30	23/04/2019	Cumarú	24/04/2019	1

Paciente - masculino 31	24/04/2019	SLM	24/04/2019	0
Paciente - masculino 32	24/04/2019	Recife	24/04/2019	0
Paciente - masculino 33	24/04/2019	Arcoverde	25/04/2019	1
Paciente - masculino 34	02/05/2019	Feira Nova	24/09/2019	145
Paciente - masculino 35	03/05/2019	Recife	04/05/2019	1
Paciente - masculino 36	02/05/2019	Recife	02/05/2019	0
Paciente - masculino 37	03/05/2019	Cabo	08/05/2019	5
Paciente - masculino 38	10/05/2019	Jaboatão	20/05/2019	10
Paciente - masculino 39	16/05/2019	Recife	23/05/2019	7
Paciente - masculino 40	24/05/2019	Paulista	31/05/2019	7
Paciente - masculino 41	28/05/2019	Paulista	29/05/2019	1
Paciente - masculino 42	05/06/2019	Olinda	10/06/2019	5
Paciente - masculino 43	05/06/2019	Vitória	15/08/2019	71
Paciente - masculino 44	05/06/2019	Nazaré da Mata	12/06/2019	7
Paciente - masculino 45	11/06/2019	Angelim	17/06/2019	6
Paciente - masculino 46	11/06/2019	São Lourenço da Mata	11/06/2019	0
Paciente - masculino 47	11/06/2019	Camaragibe	11/06/2019	0
Paciente - masculino 48	11/06/2019	Camaragibe	11/06/2019	0
Paciente - masculino 49	14/06/2019	Jaboatão	17/06/2019	3
Paciente - masculino 50	17/06/2019	Recife	17/06/2019	0
Paciente - masculino 51	17/06/2019	Recife	18/06/2019	1
Paciente - masculino 52	17/06/2019	Itambé	18/06/2019	1
Paciente - masculino 53	20/06/2019	Amaraji/Recife	20/06/2019	0
Paciente - masculino 54	20/06/2019	Exu	28/06/2019	8
Paciente - masculino 55	18/06/2019	Recife	26/06/2019	8
Paciente - masculino 56	26/06/2019	Cumaru	26/06/2019	0
Paciente - masculino 57	26/06/2019	Aliança	28/06/2019	2
Paciente - masculino 58	04/07/2019	Recife	17/07/2019	13
Paciente - masculino 59	16/07/2019	São Lourenço da Mata	23/07/2019	7
Paciente - masculino 60	16/07/2019	Buíque	24/09/2019	70
Paciente - masculino 61	29/07/2019	Recife	29/07/2019	0
Paciente - masculino 62	05/08/2019	Alagoinha	09/08/2019	4
Paciente - masculino 63	05/08/2019	Glória do Goitá	09/08/2019	4
Paciente - feminino 04	05/08/2019	João Alfredo	24/09/2019	50
Paciente - masculino 64	06/08/2019	Maceió	11/08/2019	5
Paciente - masculino 65	05/08/2019	?	05/08/2019	0
Paciente - masculino 66	07/08/2019	Araripina	09/08/2019	2
Paciente - masculino 67	09/08/2019	Camaragibe	10/08/2019	1
Paciente - feminino 05	12/08/2019	Altinho	24/09/2019	43

Paciente - masculino 68	15/08/2019	Paudalho	15/08/2019	0
Paciente - masculino 69	19/08/2019	Igarassu	20/08/2019	1
Paciente - masculino 70	20/08/2019	Cabo	21/08/2019	1
Paciente - masculino 71	21/08/2019	São Bento do Una	25/08/2019	4
Paciente - masculino 72	21/08/2019	Ouricuri	26/08/2019	5
Paciente - masculino 73	21/08/2019	?	24/09/2019	34
Paciente - masculino 74	26/08/2019	Ouricuri	24/09/2019	29
Paciente - masculino 75	26/08/2019	Recife	27/08/2019	1
Paciente - feminino 06	26/08/2019	Caruaru	24/09/2019	29
Paciente - masculino 76	26/08/2019	Garanhuns	03/09/2019	8
Paciente - masculino 77	30/08/2019	Recife	30/08/2019	0
Paciente - masculino 78	30/08/2019	Recife	30/08/2019	0
Paciente - masculino 79	09/09/2019	Paulista	24/09/2019	15
Paciente - masculino 80	09/09/2019	Bonito	11/09/2019	2
Paciente - feminino 07	09/09/2019	Recife	10/09/2019	1
Paciente - masculino 81	09/09/2019	Arcoverde	10/09/2019	1
Paciente - masculino 82	10/09/2019	Paulista	11/09/2019	1
Paciente - masculino 83	10/09/2019	Gameleira	13/09/2019	3
Paciente - feminino 08	13/09/2019	ilegível	13/09/2019	0

média de tempo para a desinst. (em dias)	23,67
--	-------

média de tempo que os que ainda não foram desinternados passaram com alvará (em dias)	105,23
---	--------