



Hospital de Custódia: prisão sem tratamento

Fiscalização das instituições
de custódia e tratamento psiquiátrico
do Estado de São Paulo

CREMESP
Conselho Regional de Medicina
do Estado de São Paulo

Hospital de Custódia: prisão sem tratamento

Fiscalização das instituições de custódia e
tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo

CREMESP

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

2014

Hospital de Custódia: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp)

Rua da Consolação, 753 – Centro – São Paulo – SP – CEP: 01301-910

Tel: (11) 3017-9300 – www.cremesp.org.br

Organizadores

Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima

Elaboração

Câmara Técnica de Psiquiatria do Cremesp

Departamento de Fiscalização do Cremesp

Diretor do Departamento de Comunicação do Cremesp

Nacime Salomão Mansur

Redação e edição

Aureliano Biancarelli

Revisão

Thaïs Souto

Apoio bibliográfico

Dinaura Paulino Franco e Ivete Rodrigues dos Anjos

Diagramação

José Humberto de S. Santos

Foto capa

Renato Luiz Marchetti (membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Cremesp)

Hospital de custódia: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo / Organização de Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014.

106 p

Vários colaboradores

ISBN 978-85-89656-21-4

1. Hospital de custódia 2. Medida de segurança em saúde mental 3. Ética médica 4. Saúde Mental e a Justiça I. Cordeiro, Quirino (Org.) II. Lima, Mauro Gomes Aranha de (Org.) III. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo IV. Título

Classificação: NLM

WM 62

Apresentação

João Ladislau Rosa
Presidente do Cremesp

Desumanidade e estigma caminham juntos quando se trata de serviço de saúde mental e sistema prisional. Quando uma malha se sobrepõe à outra, assiste-se a uma das práticas – e omissões – mais cruéis do Estado e da sociedade. Enquanto infrator, o indivíduo perde o direito de ir e vir, pagando sua “conta” sem nenhuma perspectiva de ressocialização. Enquanto infrator e doente mental, ele é igualmente apartado da sociedade, mas não conta com os benefícios que o sistema de saúde deveria oferecer. Em princípio, não se trata do cumprimento de uma pena, mas de cuidados que uma instituição hospitalar deve dispor para reduzir ou cessar o transtorno que levou o paciente à prática do delito.

Na escala das injustiças e dos estigmas, o “louco infrator” ocupa o último degrau. Pode-se compreender que, com tantas carências no cotidiano das pessoas “comuns”, não sobra olhar para alguém que, além de louco, cometeu um crime. Nas limitações das instituições e por conta da impotência das famílias, a resposta possível tem sido manter o paciente fechado, de preferência ignorado, esquecido, pouco importa a assistência oferecida. Só não tem faltado o coquetel de medicamentos, que garante a “ordem” e a “tranquilidade” em pavilhões abarrotados.

É sobre o universo desses pacientes “encarcerados” em medida de segurança que o Cremesp se debruça nesta publicação. Desta vez, o

APRESENTAÇÃO

Conselho traz os resultados de detalhada fiscalização realizada nos três hospitais de custódia do Estado de São Paulo. Juntos, as unidades abrigam cerca de 1.050 pacientes, um quarto da população internada em 26 unidades pelo país. As vistorias foram feitas entre julho e agosto de 2013 por representantes do Departamento de Fiscalização e da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho. A intenção é mostrar a realidade dos “hospitais de custódia” que, como o próprio nome indica, têm a função de prestar assistência médica e psiquiátrica a pacientes infratores mantidos em ambientes fechados. O propósito do sistema é tratá-los até que o risco de periculosidade seja declarado extinto e o indivíduo possa retornar ao convívio com a família e a sociedade.

Bem ao contrário, o cenário encontrado pela equipe do Cremesp configura uma condição desumana que contribui para maior degradação física e mental. Como se verá, as unidades carecem de mão de obra e as instalações estão deterioradas. Faltam de psiquiatras a pessoal de limpeza, as ligações elétricas estão expostas, o refeitório cheira mal, as enfermarias têm os vidros das janelas quebrados. O ar fétido se mistura com a fumaça dos cigarros acesos o tempo todo. Se para o preso comum, a cadeia é muitas vezes “uma escola para o crime”, para o doente mental infrator o hospital de custódia é um “estágio a mais na escala da loucura”.

O Cremesp não poderia fechar os olhos a essa realidade. De um lado, porque se trata de flagrante desrespeito aos direitos humanos; de outro, porque se refere a uma questão de saúde pública, envolvendo unidades hospitalares, profissionais médicos e pacientes. Garantir o respeito à ética médica e aos direitos das pessoas é uma atribuição e uma prerrogativa legal do Conselho, especialmente quando se trata do lado menos protegido e mais fragilizado da população.

Nesta publicação, os resultados da fiscalização vêm acompanhados de dados do Censo 2011, sobre o perfil dos pacientes e hospitais de custódia no país, e enriquecidos com artigos de especialistas sobre o tema.

Nos anos anteriores, o Cremesp já tinha promovido debates e lançado publicações sobre temas como “transtorno mental e perda de

liberdade” e “medida de segurança”, nos seus vários aspectos. Como foi observado em documentos anteriores, o Cremesp defende o respeito à dignidade desses pacientes mentais, que, em conflito com a lei, se tornam ameaças e vítimas em uma sociedade que não sabe como assisti-los e opta pelo caminho do manicômio-cadeia. O Conselho acredita que a reabilitação psíquica e social desses pacientes, com redução dos riscos de reincidência, só será possível em unidades menores e equipes multidisciplinares, pautadas nos princípios do SUS. Trancá-los em instituições regidas pelo sistema prisional, sem a devida e necessária assistência, não apenas contraria os princípios da ética e da Reforma Psiquiátrica. Significa pautar-se por uma conduta que oferece aos pacientes um “remédio” que, em lugar de “curar”, só provoca danos maiores.

Sumário

AUTORES	9
INTRODUÇÃO	11
1 UM RETRATO SEM COR DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA DE SÃO PAULO	15
Vicente José Salles de Abreu	
Dalton Luís Bertolini	
Quirino Cordeiro	
Aureliano Biancarelli	
2 CENSO 2011 REVELA PERFIL DOS “LOUCOS INFRADORES” NO PAÍS	23
Aureliano Biancarelli	
3 MEDIDAS DE SEGURANÇA	37
Breno Montanari Ramos	
Ísis Marafanti	
Maria Carolina Pedalino Pinheiro	
Quirino Cordeiro	
4 ATOS MÉDICOS NO CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA	57
Rafael Bernardon Ribeiro	
Gustavo Bonini Castellana	
Quirino Cordeiro	

SUMÁRIO

5 HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO	71
Luiz Felipe Rigonatti	
Sérgio Paulo Rigonatti	
Rafael Bernardon Ribeiro	
Quirino Cordeiro	
6 FISCALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO ESTADO DE SÃO PAULO	77
Vicente José Salles de Abreu	
Dalton Luís Bertolini	
Quirino Cordeiro	
ANEXOS	93
Roteiros de Vistoria	

Autores

Aureliano Biancarelli

Jornalista e escritor com especialização na Universidade Paris 2 e trabalhos na Folha de S. Paulo, O Estado de S. Paulo, Jornal da Tarde e na revista Veja. É jornalista do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Breno Montanari Ramos

Membro do Conselho Penitenciário do Estado de São Paulo; membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Dalton Luís Bertolini

Mestre em Medicina pela Universidade de São Paulo; MBA executivo em gestão de sistemas de saúde pela Fundação Getúlio Vargas; extensão universitária em gestão de saúde pela Ohio University, College of Business; médico fiscal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Gustavo Bonini Castellana

Médico assistente do Núcleo de Psiquiatria Forense (Nufor) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Ísis Marafanti

Médica do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Luiz Felipe Rigonatti

Médico psiquiatra.

Maria Carolina Pedalino Pinheiro

Médica do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Quirino Cordeiro

Professor adjunto e chefe do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; diretor do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; membro do Conselho Penitenciário do Estado de São Paulo; membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Rafael Bernardon Ribeiro

Coordenador do Serviço de Eletroconvulsoterapia do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; médico assistente do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; assessor da Coordenação de Saúde Mental da Chefia de Gabinete da Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo.

Sérgio Paulo Rigonatti

Professor convidado do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; diretor do Serviço de Terapias Biológicas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; ex-presidente do Conselho Penitenciário do Estado de São Paulo; membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Vicente José Salles de Abreu

Médico fiscal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; mestre e doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo; coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

Introdução

Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima

Em vários momentos da História, indivíduos que entravam em conflito com a Lei, em decorrência dos transtornos mentais que apresentavam, eram encaminhados para custódia em estabelecimentos de caráter manicomial e asilar. O objetivo dessa prática era afastar o doente mental infrator do convívio social, devido a sua suposta periculosidade. Esse expediente passa a ser melhor estruturado e ganha corpo na doutrina do Direito, com base na Psiquiatria Positivista. Nasce aí a “Medida de Segurança”. É clara sua preocupação central com a proteção social. Apenas mais contemporaneamente, a Psiquiatria e o Direito passam a se preocupar com o tratamento, a recuperação e ressocialização desses pacientes em Medida de Segurança. Essa preocupação passou a aumentar por conta dos movimentos de reestruturação da assistência psiquiátrica mundo afora, inclusive no nosso país.

No entanto, em que pese esse contexto de maior atenção à assistência na área de saúde mental, o doente mental infrator parece estar fora dessa agenda. No Brasil, os pacientes que são internados nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico experimentam quase que exclusivamente a face custodial da Medida de Segurança. A vertente terapêutica e de ressocialização da Medida de Segurança parece passar ao largo dessas pessoas.

Diante disso, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), em um esforço conjunto, que envolveu a Câmara Técnica de Psiquiatria e o Departamento de Fiscalização, fez uma vistoria nos três Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado. O objetivo foi verificar se as condições desses estabelecimentos pretensamente de saúde estavam cumprindo seu papel de prestar assistência apropriada aos seus pacientes.

Os resultados dessa fiscalização estão publicados neste livro, com o intuito de trazer a público o debate sobre o tema.

A publicação está dividida em seis capítulos, o primeiro deles traz um resumo dos achados essenciais da fiscalização. O segundo dos capítulos é um condensado dos números colhidos no Censo 2011 sobre os “loucos infratores” encontrados nos manicômios judiciários do país e publicado no livro “A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil”, coordenado pela pesquisadora Debora Diniz. Trata-se de um levantamento que revela em números o cenário dos manicômios paulistas encontrado pelo Cremesp

Os três capítulos seguintes contextualizam o leitor sobre as Medidas de Segurança, bem como sobre o papel do médico e dos hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico nesse contexto. Por último, o capítulo da fiscalização apresenta os resultados propriamente ditos encontrados no conjunto dos três hospitais do Estado de São Paulo.

O terceiro capítulo do livro foi escrito pelo Dr. Breno Montanari Ramos e colaboradores e versa sobre as Medidas de Segurança. Os autores percorrem o tema, desde antes de sua concepção, passando pela sua estruturação e efetivação. Com propriedade, os especialistas apresentam aos leitores todas as informações e detalhes do tema, passando inclusive pelos aspectos mais controversos dessa questão.

O quarto capítulo (“Atos Médicos no Cumprimento das Medidas de Segurança”) trata dos atos médicos que envolvem o cumprimento das Medidas de Segurança, tanto em seus aspectos periciais, como assistenciais. Esse texto foi escrito pelo Dr. Rafael Bernardon Ribeiro e seus colaboradores.

O quinto capítulo, produzido pelo Dr. Luiz Felipe Rigonatti e colaboradores, aborda os “Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”. O texto trata o tema de maneira ampla, indo desde sua previsão legal, até a sua triste realidade em vários locais do país.

Por fim, o sexto e último capítulo traz os resultados das visitas que a equipe do Cremesp fez aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de São Paulo. O texto é assinado pela equipe composta pelos profissionais do Departamento de Fiscalização, Dr. Vicente José Salles de Abreu e Dalton Luís Bertolini, e pelo representante da Câmara Técnica de Psiquiatria da instituição, Dr. Quirino Cordeiro.

Nos anexos, estão os dois Roteiros de Vistoria elaborados e seguidos pela equipe do Cremesp, um Instrumento de Avaliação e um Instrumento para Avaliação dos Casos Amostrais. O primeiro responde ao perfil da instituição, desde a existência ou não das comissões obrigatórias, as instalações de assistência e emergência, o acompanhamento clínico e psicoterápico, métodos e protocolos de contenção, terapias ocupacionais, até os serviços gerais e de apoio diagnóstico e terapêutico para avaliação clínica e psiquiátrica do paciente. O segundo levanta o perfil de um certo número de pacientes com dados médicos e periciais recolhidos dos prontuários, a partir de informações anotadas pela equipe do hospital. Por ele, é possível acompanhar desde o histórico da internação, a frequência dos atendimentos clínicos e psiquiátricos, o uso de medicação até a visita de familiares.

Com esta publicação, o Cremesp torna público os resultados da fiscalização que fez nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de São Paulo, levando à sociedade a discussão sobre a efetividade do cumprimento da Medida de Segurança nesses estabelecimentos.

Desejamos boa leitura e reflexão a todos.

1

Um retrato sem cor dos hospitais de custódia de São Paulo

Vicente José Salles de Abreu, Dalton Luís Bertolini,
Quirino Cordeiro e Aureliano Biancarelli

Os cerca de 1.050 portadores de transtornos mentais que cumprem “medida de segurança” nos três Hospitais de Custódia do Estado de São Paulo se encontram em estado de total desassistência, não recebem cuidados médicos essenciais, não têm acompanhamento psicossocial visando a recuperação, e vivem em ambientes fétidos, úmidos, em enfermarias com vidros quebrados e colchonetes no chão. São pacientes em conflito com a lei, julgados inimputáveis, cujas penas são substituídas por internação e cuidados médicos psicoterapêuticos, até que cesse a periculosidade. Não se trata, portanto, de preso punido com encarceramento, mas de paciente em tratamento, onde a terapêutica deve preponderar. Embora as unidades estejam sob gestão da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária, os doentes estão sob cuidados médicos, em instalações hospitalares. Cabe, portanto, ao Conselho Regional de Medicina, a iniciativa de fiscalizar e avaliar as condições em que vivem e são cuidados esses pacientes, assim como vistoriar o exercício profissional por parte dos médicos.

O cenário desumano encontrado nesses manicômios exige ações imediatas por parte do poder público, pois envolve questões de saúde e direitos humanos. Trata-se de uma população vulnerável e fragilizada, discriminada e esquecida, duplamente estigmatizada como louca e criminosa. Por serem indivíduos inimputáveis e mantidos fechados, o Estado

é duplamente responsável por essa população. Para muitos desses pacientes, os Hospitais de Custódia se transformam em prisão perpétua, já que o risco de periculosidade nunca é extinto, uma vez que o tratamento não é prestado de maneira adequada. As três unidades foram vistoriadas pelo Cremesp ao longo dos meses de maio e julho de 2013, seguindo roteiro previamente preparado pela Câmara Técnica de Psiquiatria e pelo Departamento de Fiscalização, e de posse de documentos solicitados à Secretaria de Administração Penitenciária. Abaixo, algumas das principais conclusões decorrentes da fiscalização:

Sobre a assistência e recursos humanos

- Entre os cerca de 1.050 pacientes das três unidades, parte deles não deveria mais estar nesses hospitais no momento da fiscalização - alguns estavam com medida de segurança extinta aguardando vagas em hospital psiquiátrico comum, outros tinham laudos favoráveis para desinternação condicional, ou já haviam sido indultados. De outro lado, estimava-se que cerca de mil indivíduos aguardavam em fila de espera, parte deles em presídios comuns, para internações nos hospitais de Custódia no Estado de São Paulo, em total desacordo com a norma legal.

- Nas três unidades visitadas, nenhuma das comissões obrigatórias pela legislação estava constituída, entre elas a comissão de Ética Médica, a de Revisão de Óbitos, de Revisão de Prontuário e a de Controle de Infecção Hospitalar.

- Em nenhum dos hospitais havia Regimento Interno do Corpo Clínico e também não apresentaram normas e rotinas sistematizadas.

- Em duas das três instituições, não existia farmacêutico responsável. Os medicamentos eram dispensados por um agente de segurança penitenciário e administrados aos pacientes pelos auxiliares de enfermagem. A ausência do farmacêutico facilita a prescrição de polimedicação - polifarmácia - ou mesmo o uso de drogas para contenção química.

- O atendimento a urgências e emergências não é organizado. Há falta de equipamentos e carros de emergência estruturados, assim

como treinamento dos profissionais para operá-los, incluindo os desfibriladores.

- A partir do final da tarde, e até a manhã seguinte, os pacientes ficam trancados em suas celas ou pavilhões, permanecendo sem assistência médica ou possibilidade de socorro em caso de emergência. Não há um esquema de vistoria noturna dessas celas ou pavilhões, especialmente nos períodos em que não dispõe de médicos nestes horários.

- A falta de pessoal leva os psiquiatras a fazerem plantão à distância. Em diversos períodos diurnos e noturnos, não há sequer médico plantonista à distância, expondo os pacientes à situação de extrema desassistência e em flagrante desacordo com as normas sanitárias. A maioria dos médicos trabalha na cobertura de plantões.

- Em um dos hospitais vistoriados, dos 72 profissionais de saúde esperados para o porte da unidade, trabalhavam 28. Dos sete psiquiatras previstos para aquela população de pacientes, havia três. Entre clínicos, diaristas e plantonistas, dos 17 esperados foram encontrados seis. Entre os 26 auxiliares de enfermagem necessários, apenas oito constavam das escalas. E não havia nenhum terapeuta ocupacional, dos cinco que eram esperados para a população daquela unidade. A falta de equipe reduz o atendimento aos casos de emergência e impede a prática de um projeto terapêutico individualizado, como previsto na legislação, o que compromete o tratamento, a recuperação e reabilitação dos pacientes.

- Para suprir a deficiência de recursos humanos, a Instituição se vale dos Agentes de Segurança Penitenciário – ASP –, aproveitando-se de alguma capacitação que previamente possuíam: enfermagem, gestão, educação, monitoria, etc. Apesar da boa vontade, falta preparo técnico para exercer tais funções. Há diversas atividades e serviços de limpeza e manutenção que são também realizados pelos próprios pacientes.

- Um das unidades tinha cela forte para contenção, o que é proibido pela legislação. Nos três hospitais não há protocolo para contenção mecânica e o Estado não fornece treinamento para contenção ou restrição física.

Prontuários incompletos e desorganizados

Os três hospitais possuíam prontuários médico e jurídico do paciente, mas estavam “incompletos” e “desorganizados”. Foram analisados 16 prontuários médicos recolhidos aleatoriamente das três unidades de tratamento. Em todos eles, foi constatado:

- Ausência de dados básicos administrativos e informações clínicas e assistenciais.

- Falta das datas da ocorrência do delito – incidente de insanidade mental – e da sentença da medida de segurança.

- Ausência de informações sobre passagens pelo sistema prisional, sobre internações psiquiátricas prévias e sobre reincidências durante o tratamento ambulatorial. Também não havia definição do tipo de delito cometido.

- Todos os prontuários médicos estavam “desorganizados”, com preenchimento incompleto da história clínica, sem detalhes de evoluções, prescrições e observações médicas. Não havia registros regulares das avaliações para perícia com diagnósticos e nos prontuários não estavam anexados nem os exames, nem a conclusão da avaliação pericial.

- Em nenhum dos prontuários foi encontrado registro de projeto terapêutico individualizado.

- Não havia também registro de exames complementares laboratoriais no prontuário no último ano.

- Em nenhum dos prontuários foi observado registro de atendimento por assistentes sociais e psicólogos no último mês, nem acompanhamento por médico clínico no último ano, a não ser em situação de intercorrência clínica.

- Nenhum dos prontuários indicava que os pacientes agudos recebiam um mínimo de três evoluções por semana, nem os crônicos recebiam uma evolução semanal (evolução é o registro feito pelo médico após a avaliação do estado geral do paciente, prescrevendo os cuidados e medicação necessários).

- Em dez dos 16 prontuários observados, não havia registro de contato com familiares no último ano.

● Nas observações sobre medicações, em onze dos 16 prontuários havia prescrição de múltiplos medicamentos de ação no sistema nervoso central. Em um dos prontuários havia prescrição de oito desses medicamentos. Em outro, “não foi observada prescrição de qualquer medicação para o paciente”. Em três, desses 16 prontuários, foi observado “incongruência entre a grafia da evolução médica e a prescrição”, indicando que outros profissionais copiavam as prescrições anteriores, que depois eram assinadas pelos médicos. Um dos pacientes – segundo o prontuário – era portador de HIV desde 2009, “sem registro de tratamento e acompanhamento posterior”.

Considerações:

A escolha dos prontuários foi aleatória e não representa uma amostra de importância estatística. Os resultados permitem apenas deduções. Algumas das informações ausentes dos prontuários (como o tipo de delito cometido e a realização de perícias) constavam do prontuário jurídico do paciente, mas não estavam anexadas ao prontuário médico.

Sobre as instalações e equipamentos

● Nos diferentes pavilhões, foram observadas celas e enfermarias com janelas sem vidro, colchonetes sem revestimento e falta de enxoval para as camas.

● O setor de Internação para intercorrências clínicas de uma das unidades não dispunha de pia, material de higiene para as mãos, lixeiras ou rede de gases instalada. O banheiro anexo é uma latrina instalada diretamente no chão.

● Em todas as enfermarias fiscalizadas foram observadas latrinas sanitárias ao nível do chão, em buracos, e chuveiros elétricos precariamente instalados, com fiação exposta. Havia falta de material de higiene e lixeiras.

● Os pavilhões apresentavam infiltração de umidade, tetos sem forro, janelas sem vidro e sem possibilidade de abrir, dificultando o

isolamento térmico e luminoso adequado. Nas enfermarias, o número de chuveiros e de privadas sanitárias varia de dois a três, essas últimas instaladas em buracos diretamente no chão – para uma população de mais de 50 pacientes em uma mesma enfermaria –, o que caracteriza as inadequações sanitárias hospitalares. Pelo porte da população, seriam necessárias quatro vezes mais equipamentos.

- Em uma das unidades, “a cozinha e as salas de armazenamento de alimentos apresentavam infiltração de água nas paredes, com mofo, acúmulo de água no chão e os refrigeradores de carne exalavam um cheiro fétido que se espalhava até o local onde os internos almoçavam”.

- Muitos pacientes “escondiam” sobras das refeições debaixo das camas, provocando mau cheiro nas enfermarias.

- Pavilhões e celas vivem tomados pela fumaça de cigarros. Por conta da escassez de fósforos e isqueiros, os internados trançam e enrolam jornais que, uma vez acesos, se transformam em “acendedores” que queimam durante horas. O ar nas celas fica difícil de respirar.

- A direção da unidade não apresentou alvarás da Vigilância Sanitária e o laudo do Corpo de Bombeiros.

- Os serviços gerais são conduzidos basicamente por agentes de segurança penitenciária, deslocados de sua função primordial, bem como por pacientes, que têm seu trabalho explorado nesses setores, contrariando as normas para tratamento de pacientes com transtornos mentais graves.

Pontos observados dentro da legislação

- As unidades apresentam equipes multiprofissionais, porém em número reduzido. As anotações dos profissionais são registradas em prontuários, mas isoladamente.

- No Hospital de Taubaté, foi anotado que “existe ensino fundamental pra os pacientes”, assim como “trabalho remunerado, através do Centro de Qualificação Profissional e Produção, em diversas atividades: fábrica de prendedores, de botões, manutenção,

lavanderia, rouparia, faxina, cozinha, capina, artesanato, Funap, totalizando 140 internos”.

- Nos três hospitais, não havia falta de medicamentos e a medicação é padronizada. Há registro em livro do movimento das drogas controladas. Existe controle de datas de vencimento dos medicamentos aos pacientes.

- A realização das perícias para verificação de cessão de periculosidade ocorre sem atraso – a perícia inicial é feita no prazo máximo de um a três anos, conforme preconiza a legislação.

- Considerando um intervalo de seis meses, há sempre acompanhamento jurídico dos casos. Há visita de advogado da Fundação “Prof. Dr. Manoel Pedro Pimentel” de Amparo ao Preso (Funap) aos pacientes.

2

Censo 2011 revela perfil dos “loucos infratores” no país

Aureliano Biancarelli

Levantamento do Instituto Anís e Ministério da Justiça mostra perfil socioeconômico, de diagnósticos e de trajetórias das pessoas internadas em hospitais de custódia no Brasil. O Censo traduz em números, e a nível nacional, o cenário de penúria e desassistência encontrado pelo Cremesp nos manicômios paulistas.

Cerca de 740 pacientes entre os 3.989 que cumpriam medida de segurança nos 23 hospitais de custódia e três alas de internação do país, em 2011, não deveriam estar internados. Parte deles já convive com a “periculosidade cessada”, outro grupo está com internação sem processo judicial ou já recebeu o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva. Quando se consideram também os indivíduos internados com laudos psiquiátricos ou exames de cessação de periculosidade em atraso, tem-se um contingente de 1.194 pessoas em situação temporária ou em medida de segurança com internação irregular. Representam cerca de 30,0% de toda a população de “loucos infratores” internados.

Os dados constam da publicação “A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil – Censo 2011”¹, coordenado pela antropóloga, professora e pesquisadora Debora Diniz. Realizado pela Anís – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, em convênio com o Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça, este estudo censitário é o primeiro e único a levantar um perfil socioeconômico, de

diagnósticos e de itinerários penais das pessoas que viviam nos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) no país.

Os dados e observações que seguem foram extraídas dessa publicação. Elas complementam e contribuem para situar, no contexto nacional, os achados da fiscalização do Cremesp cujo propósito foi “verificar a organização do serviço e o tratamento oferecido aos pacientes” dos hospitais de custódia paulistas. Enquanto o censo traçou o perfil da população cumprindo medida de segurança em todo o país, o Cremesp avaliou as condições de assistência oferecidas a esses pacientes nas instituições do Estado de São Paulo.

As duas pesquisas contribuem, a seu modo, para retirar do anonimato e da invisibilidade um contingente de pacientes esquecidos e ignorados pelo poder público e pela sociedade. Considerados inimputáveis no momento em que cometeram um delito, eles estão condenados a um regime que tem tudo de prisional e muito pouco de terapêutico, ao contrário do que prevê a legislação. Com a agravante de que parte deles nem deveria estar lá. “As razões da permanência (indevida) são desconhecidas para nós, mas podem ser especuladas como parte de um extenso descaso com a combinação entre pobreza e sofrimento mental no Brasil”, observa Debora Diniz, na introdução da publicação. “São indivíduos cujo direito a estar no mundo vem sendo cotidianamente violado. Minha expectativa é que os dados sejam capazes de mobilizar os leitores deste livro para a grave infração de direitos humanos em curso na sociedade brasileira”, completa.

Como constatam as duas pesquisas, a Reforma Psiquiátrica, embora também contemple os “loucos infratores”, ainda não adentrou os manicômios judiciais nem chegou para esse grupo de pacientes.

De acordo com o Censo de 2011¹, a população total dos 26 ECTPs era de 3.989 indivíduos, entre os quais 2.839 estavam em medida de segurança, 117 em medida de segurança por conversão de pena e 1.033 em situação de internação temporária. Na maioria das vezes, o Censo trabalha com o total de 3.989 pacientes, embora em alguns momentos as comparações separem os grupos naqueles em “medida

de segurança sem conversão de pena”, em “medida de segurança com conversão de pena”, e a população considerada “temporária”.

Dos 23 hospitais de custódia e três alas de tratamento do país, três estão no Estado de São Paulo e foram vistoriados pelo Cremesp em 2013. Eles abrigavam 1.064 pacientes – segundo dados da Secretaria da Administração Penitenciária – , ou mais de um quarto de todos os internados em medida de segurança no país. Em 2011, sete estados da federação não tinham esse tipo de estabelecimento – seus pacientes em medida de segurança estavam em delegacias, presídios ou outras instituições de custódia ou tinham sido transferidos para outros estados.

A partir da riqueza de detalhes do Censo 2011, optou-se por condensar aqui as informações gerais da população dos 26 estabelecimentos de custódia do país, destacando os principais dados para cada um dos três hospitais paulistas. O texto resume um perfil que considera desde a faixa etária e estado civil dos internados, até os diagnósticos e as infrações cometidas.

Quem são e em qual situação estão os internados

A população total, em 2011, era formada por 92% (3.684) de homens e 7% (291) de mulheres. Entre os internados em todo o país, 58% (ou 2.322) tinham entre 20 e 39 anos. Outros 38% estavam entre 40 e 69 anos. A média etária da população era de 38 anos.

Nos 26 ECTPs, pretos e pardos somavam 44% (1.782) da população e brancos, 38% (1.535). Havia 0,2% de amarelos e 0,2% de indígenas. Para 16% (um total de 621) da população, não havia registro de cor.

A maioria era de solteiros, 77%, ou 3.059 indivíduos. Outros 9% eram casados, 5%, amasiados, 4%, divorciados, e 2% eram viúvos.

Quase um quarto dessa população – 23%, ou 933 indivíduos – era analfabeta e 43% tinham ensino fundamental incompleto. Outros 13% haviam completado o ensino fundamental, 6% tinham o ensino médio e 0,8%, o ensino superior. Um único paciente tinha pós-graduação.

De acordo com o Censo, há uma concentração de indivíduos em profissões que exigem pouca ou nenhuma qualificação técnica e

educacional. Trabalhadores de serviços administrativos, vendedores do comércio, trabalhadores da área agropecuária, florestais e da pesca concentravam 31% (1.228) das ocupações.

Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais exerciam 22% (875) das ocupações. Aqueles sem profissão constituíam 17% (687) da população total. Havia 4% de indivíduos aposentados. Enquanto 15% dos homens não tinham profissão, 41% das mulheres se encontravam nessa situação.

Apenas 5% dos pacientes estavam em medida de segurança por reinternação. Os demais se encontravam ali pela primeira vez. Segundo a legislação, após declarada a cessação de periculosidade, o indivíduo recebe o benefício da desinternação condicional pelo prazo de um ano. “Uma série de condicionantes regula atividades, práticas e comportamentos autorizados nesse período. Descumprimentos dessas regulações podem levar à reinternação”, observa o texto da publicação.

De acordo com o censo, dos 1.033 indivíduos em situação temporária, 34% deles – ou 353 pacientes – estavam internados para realizar exame de sanidade mental e 35% tinham o laudo de sanidade mental e aguardavam decisão judicial para andamento processual. A previsão legal é de que a internação para a realização do exame de sanidade mental não ultrapasse 45 dias, salvo se os peritos psiquiátricos demonstrarem a necessidade de maior prazo para internação. Segundo o levantamento, dos 353 indivíduos à espera do laudo de sanidade mental, 27% aguardavam dentro do prazo legal previsto pelo Código de Processo Penal e 69% (244 deles) esperavam por um período superior a esse prazo. Da população em situação de internação temporária que aguardava laudo de sanidade mental, a média de espera era de dez meses.

Os diagnósticos e as infrações

Para fins de análise, o Censo reagrupou o universo de diagnósticos em oito categorias, de acordo com a CID-10²: epilepsia (G40), esquizofrenia (F20-29), retardo mental (F70-79), transtornos afetivos uni ou bipolares (F30-39), transtornos de personalidade (F60-63), transtornos

da preferência sexual (F64-65), transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas (F10-19) e transtornos mentais orgânicos (F00-09). Os autores do Censo observam ser comum um indivíduo ter em seus exames mais de um diagnóstico. Nesses casos, seguindo os critérios classificatórios da CID-10², os diagnósticos foram reagrupados em uma lógica de preponderância de alguns diagnósticos sobre outros.

Do total de 2.956 pessoas internadas – aqui excetuando-se aqueles em situação temporária – o Censo identificou uma concentração de diagnósticos de esquizofrenia, com 42%, ou 1.194 dos casos. Outros 16% (454) eram de indivíduos com retardo mental e 11% com problemas mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas. Entre os demais, 5% tinham transtornos de personalidade, 3%, epilepsia, 3%, transtornos afetivos uni ou bipolares, 2% tinham transtornos mentais orgânicos e 1%, transtornos da preferência sexual.

O Censo identificou um universo de 99 infrações, somando 3.133 o número de delitos cometidos pela população em medida de segurança sem conversão de pena (que somam 2.839). Verificou-se uma concentração de crimes contra a vida, somando 43% das medidas de segurança, seguida de crimes contra o patrimônio, com 29%. Entre os crimes contra a vida, 67% foram homicídios e 33%, tentativas de homicídio. Crimes contra a dignidade sexual somavam 15% das medidas de segurança. Crimes contra a liberdade individual foram 4% e crimes da lei antidrogas também somavam 4%.

A porcentagem de mulheres que cometeram crimes contra a vida era maior que entre os homens (55% contra 42%), o mesmo acontecendo com crimes contra a lei antidrogas (9% contra 3%).

Mais de um quarto das infrações foi praticada na rede familiar. Dos 2.839 indivíduos em medida de segurança, 27% deles – ou 771 pacientes – praticaram infrações penais em sua rede familiar ou doméstica. Um total de 45% dos que cometeram ou tentaram cometer homicídio o fizeram dentro dessa rede.

Ainda segundo o Censo, dos 2.839 indivíduos em medida de segurança, 69% deles – ou 1.963 internados – não haviam cometido infração

penal anterior à que conduziu à medida de segurança atual. Outros 25% (ou 707 indivíduos) tinham praticado infração penal prévia.

Três quartos das pessoas em medida de segurança – 74%, ou 2.088 pacientes – estavam internadas pela primeira vez, outros 18% (520) cumpriam segunda internação e 7% (192) tinham três ou mais passagens como internos.

Dos 2.839 indivíduos em medida de segurança sem conversão da pena, 9% tinham menos de um ano de cumprimento da medida e 33% estavam entre um e três anos. Outros 15% tinham entre quatro e cinco anos, 18% entre seis e dez anos e 8% cumpriam a “internação” entre onze e quinze anos. Entre os demais, 4% tinham entre 16 e 20 anos de cumprimento da medida, 2% entre 21 e 25 anos, e 0,9%, entre 26 e 30 anos. Nove indivíduos, ou 0,3% da população, estavam internados havia mais de trinta anos. O tempo médio de cumprimento da medida de segurança no Brasil era de seis anos.

De acordo com o Censo, das 2.839 pessoas em medida de segurança, 51% – ou 1.447 delas – estavam em dia e 41% em atraso com a realização anual do exame de cessação de periculosidade. Segundo a legislação – observam os autores do Censo –, um exame encontra-se em atraso quando contados doze meses desde o último exame, depois de cumprido o período inicial de internação determinado pela sentença judicial. A média de atrasos no Brasil era de 32 meses.

O exame de cessação de periculosidade é realizado anualmente depois de encerrado o período mínimo de internação obrigatória definido na sentença, que pode variar de um a três anos. Das 1.931 medidas de segurança em que já constava o exame de cessação de periculosidade, em 28% delas – ou 537 dos casos –, a periculosidade havia cessado.

De acordo com o Censo, nos 26 ECTPs do país, 21% das pessoas em medida de segurança – ou 606 delas – cumpriam medida há mais tempo que a pena máxima em abstrato para a infração penal cometida. Outras 1.648 pessoas, ou 56%, estavam internadas há mais tempo que a pena mínima em abstrato para a infração penal cometida.

Hospital de Franco da Rocha II

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha, ou Franco da Rocha II, uma das três unidades do estado de São Paulo fiscalizadas pelo Cremesp, fica no município de Franco da Rocha, na Grande São Paulo. Foi inaugurado em 2001 e funciona nas antigas instalações do Hospício Juquery, um dos mais populosos do país no início do século XX. Segundo o Censo, em 2011 havia ali 173 indivíduos internados, o que correspondia a 4% da população dos 26 ECTPs do país e a 10% das pessoas internadas da Região Sudeste.

Quando da fiscalização do Cremesp, em 2013, havia 237 leitos ocupados. Segundo o Censo de 2011, 87% das pessoas em medida de segurança no Franco da Rocha II – o equivalente a 150 indivíduos naquela época – “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, ou ainda por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva”.

Hospital Franco da Rocha II

*Raio X da população em medida de segurança,
segundo o Censo 2011*

- 87% “não deveriam estar internados”, por diversas razões
- 88% eram homens
- 71% eram solteiros
- 8% analfabetos
- 67% tinham o fundamental incompleto
- 38% foram diagnosticados como esquizofrênicos
- 42% das infrações eram crimes contra o patrimônio
- 21% praticaram homicídios
- 27% cometeram infrações na rede familiar ou doméstica
- 39% estavam em atraso nos exames de periculosidade

A média etária e a distribuição por cor do Franco da Rocha II eram semelhantes às do conjunto dos hospitais de custódia do país. Da mesma forma, havia grande concentração de homens (88%) e a maioria era solteira (71%).

O nível de escolaridade era mais elevado que a média do país, com 8% de analfabetos e 67% com ensino fundamental incompleto.

O perfil profissional era também bastante semelhante ao do conjunto dos hospitais de custódia do país, mas o número de pessoas sem profissão (8%) se mostrou menor que os 13% encontrados nacionalmente.

Como nas demais unidades, no Franco da Rocha II havia uma maior concentração de diagnósticos de esquizofrenia, com 38% dos casos. Outros 14% era de indivíduos com retardo mental e 7% tinham transtorno de personalidade.

As 159 medidas de segurança do Franco da Rocha II haviam sido motivadas por 178 infrações penais, com uma concentração de crimes contra o patrimônio (42%), seguidos de homicídios, com 21%, e de tentativas de homicídio, com 19%.

Um total de 27% dos internados cometeram infrações penais em sua rede familiar ou doméstica. Como se observou nas outras unidades, nesta também os crimes na família foram cometidos contra mãe, pai, filho, cônjuge, sobrinho, avô, cunhado, sobrinho e irmão.

A porcentagem de pacientes em primeira internação, assim como o tempo médio de cumprimento da medida de segurança (sete anos) não diferenciava muito do conjunto do país.

Das 159 medidas de segurança do Franco da Rocha II, 39% delas – ou 62 pacientes – estavam em atraso e 53% (85) estavam em dia com a realização anual do exame de cessação de periculosidade. A média de atrasos nessa unidade era de 13 meses, contra 33 meses nos demais estabelecimentos.

No Franco da Rocha II, 3% das pessoas tinham sentença de desinternação contra 7% no conjunto das outras instituições.

Hospital de Custódia de Taubaté

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Dr. Arnaldo Amado Ferreira é um dos três hospitais de custódia do estado de São Paulo. Encontra-se na cidade de Taubaté, no Vale do Paraíba, e foi inaugurado em 1955. Em 2011 abrigava 270 internados, o que correspondia a 7% da população das 26 unidades do país e 16% dos pacientes da Região Sudeste.

Quando da fiscalização do Cremesp, em 2013, haviam 258 leitos ocupados. Segundo o Censo 2011, pelo menos 13% dos indivíduos não deveriam estar internados por já terem tido a periculosidade cessada, por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial, ou por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva.

Hospital de Custódia de Taubaté

*Raio X da população em medida de segurança,
segundo o Censo 2011*

- 13% dos pacientes estavam indevidamente internados
- 38 anos era a média de idade nessa unidade
- 53% dos pacientes eram brancos
- 43% tinham/tiveram atividades ligadas à produção de bens e serviços industriais
- 7% não tinham profissão
- 44% possuíam diagnóstico de esquizofrenia
- 10% cometeram infrações na rede familiar ou doméstica
- 84% cumpriam primeira internação
- 44% estavam internados entre um e três anos
- 25% tinham exame de periculosidade atrasado

A faixa etária dos internos de Taubaté era semelhante à do conjunto das unidades do país, com média de 38 anos de idade. Os brancos somavam 53%, contra 37% na média das outras unidades. O

estado civil e o perfil de escolaridade no Hospital de Taubaté se aproximava dos demais estabelecimentos. Havia uma concentração de 43% de pessoas em profissões de produção de bens e serviços industriais, ao passo que nos demais estabelecimentos do país 20% das pessoas internadas estavam nesse grupo de profissões. Na unidade de Taubaté, 7% não tinham profissão, comparados aos 18% sem profissão dos demais estabelecimentos do país. Os dados indicam que nessa unidade havia um maior número de internados inseridos no mercado do trabalho em algum momento da vida.

Como nos demais hospitais e alas de custódia, o Censo também observou em Taubaté uma concentração de diagnósticos de esquizofrenia, com 44%. Outros 17% eram de indivíduos com transtornos de personalidade, 13% de pessoas com transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas, além de 12% de internados com retardo mental.

As 262 medidas de segurança do hospital de Taubaté haviam sido motivadas por 301 infrações penais. Um total de 10% dos internados nessa unidade cometeram infrações penais na sua rede familiar ou doméstica, dado bem inferior aos 27% das pessoas internadas nacionalmente.

Cerca de metade da população da unidade de Taubaté cometeu infração penal anterior à que conduziu à medida de segurança, porcentagem superior aos 30% registrados no conjunto dos estabelecimentos. Como na média das demais unidades, 84% dos internados em Taubaté estavam na primeira internação e 12%, na segunda.

Dos 262 indivíduos internados nesse hospital, 44% tinham entre um e três anos de cumprimento da medida de segurança, e 19% estavam entre quatro e cinco anos. Nessa unidade, 25% estavam em atraso com a realização anual do exame de cessação de periculosidade. A média de atraso no Hospital do Taubaté era de 14 meses, ao passo que nos demais estabelecimentos era de 33 meses.

O Censo mostrou que 2% das pessoas internadas nesse hospital tinham sentença de desinternação e continuavam internados, número abaixo dos 7% da média dos demais estabelecimentos.

André Teixeira Lima, Franco da Rocha I

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima – ou Franco da Rocha I – está na cidade de Franco da Rocha, na Grande São Paulo, e foi inaugurado em 1933. O Teixeira Lima é um dos três hospitais de custódia do Estado de São Paulo e fez parte das unidades fiscalizadas pelo Cremesp em 2013.

Quando do Censo 2011, a unidade tinha 582 pessoas internadas, o que o torna o maior hospital de custódia do país, com 15% da população dos 26 estabelecimentos e 34% dos internados na Região Sudeste. De acordo com o Censo, 8% dos internados dessa unidade – ou 43 indivíduos – não deviam estar em medida de segurança por diferentes motivos. Quando da fiscalização do Cremesp, em 2013, o Teixeira Lima tinha 569 leitos ocupados.

Hospital de Teixeira Lima, Franco da Rocha I

*Raio X da população em medida de segurança,
segundo o Censo 2011*

- 15%** dos cerca de 3.900 pacientes do país estavam nessa unidade
- 48%** eram brancos
- 18%** eram analfabetos, **0,7%** concluiu ensino superior
- 14%** não tinham profissão
- 37%** praticaram crime contra o patrimônio
- 28%** cometeram homicídios
- 29%** tinham praticado infração penal anterior
- 78%** estavam na primeira internação
 - 7** anos era o tempo médio de cumprimento da medida de segurança
- 41%** dos exames de cessação de periculosidade estavam atrasados
- 57%** dos internos com transtornos afetivos cometeram infrações na família

O perfil etário dessa unidade era semelhante ao das demais unidades, e os brancos somavam 48%, contra 37% na média das demais unidades do país. Dos internados, 86% eram homens e 82%, solteiros. O perfil de escolaridade do Teixeira Lima – ou Franco da Rocha I - é semelhante ao agregado dos demais estabelecimentos. Segundo o Censo, 18% eram analfabetos, 41% tinham o ensino fundamental incompleto e, 23%, o fundamental completo. Entre os demais, 5% tinham o ensino médio e 0,7% concluiu o ensino superior.

Como se verificou em Taubaté, a unidade de Teixeira Lima também concentrava maior porcentagem de profissões do grupo de bens e serviços industriais, com 32% contra 20% nos demais estabelecimentos. O número de pessoas que não tinha profissão era de 14%, contra os 18% da soma dos demais estabelecimentos do país.

Da população em situação de internação temporária que aguardava laudo de sanidade mental no Teixeira Lima, a média de espera era de oito meses, enquanto nos demais estabelecimentos do país era de 11 meses.

Como se verificou no conjunto das unidades, também no Teixeira Lima havia uma concentração de diagnóstico de esquizofrenia, com 42% dos casos. Entre as medidas de segurança dessa unidade, havia uma concentração de crimes contra o patrimônio, com 37%, seguida de homicídios, com 23%, e tentativas de homicídio, com 13%. Nos demais estabelecimentos do país, crimes contra o patrimônio correspondiam a 28%, homicídios, a outros 25%, e tentativas de homicídio somavam 11%.

Em 29% das 556 medidas de segurança nessa unidade, a pessoa internada tinha cometido infração penal anterior, semelhante ao cenário dos demais estabelecimentos do país. No André Teixeira, eram seis os casos de recidiva específica em razão de homicídio.

Dos pacientes do Franco da Rocha I, 78% dos indivíduos estavam na primeira internação, índice semelhante ao do conjunto dos internados no país.

A maior porcentagem dos pacientes dessa unidade – 32% – tinha entre um e três anos de cumprimento da medida de segurança. Outros

22% cumpriam pena entre seis e dez anos, e 16% entre quatro e cinco anos. O tempo médio de cumprimento da medida de segurança do Teixeira Lima era de sete anos.

Das 556 medidas de segurança do HCTP-André Teixeira Lima, 41% estavam em atraso com a realização anual do exame de cessação de periculosidade, número semelhante aos 40% observados nos demais estabelecimentos. A média de atrasos nesse hospital de custódia era de 15 meses, ao passo que nos demais estabelecimentos chegava a 32 meses.

Dos 556 indivíduos internos no Teixeira Lima, 77% (426) já haviam se submetido ao exame de cessação de periculosidade. Desse total de casos, em 9% deles a periculosidade havia cessado.

Entre todos os internados dessa unidade, 20% cometeram infrações penais na sua rede familiar ou doméstica. Na cenário nacional, essa porcentagem chega a 28%. A principal infração penal cometida na rede familiar ou doméstica desse hospital foi homicídio, concentrando 48% .

A relação entre o diagnóstico psiquiátrico e as infrações mostra que as ocorrências no meio familiar aparecem em todos os transtornos. Entre os internos do Teixeira Lima, encontrou-se a seguinte distribuição: 38% dos indivíduos com epilepsia, 26% com esquizofrenia, 19% daqueles com retardo mental, 57% com transtornos afetivos uni ou bipolares, 29% com transtornos de personalidade, 17% com transtornos da preferência sexual, 14% com transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas e 14% daqueles com transtornos mentais orgânicos haviam cometido infrações penais na família.

Referências bibliográficas:

1. Diniz D. A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil : Censo 2011. Brasília, DF: Letras Livres – Editora UnB; 2013
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). CID-10: Classificação Internacional de Doenças. 10. ed. Transtornos mentais de comportamento. São Paulo: EDUSP; 1993.

3

Medidas de Segurança

Breno Montanari Ramos, Ísis Marafanti,
Maria Carolina Pedalino Pinheiro e Quirino Cordeiro

Origem histórica

O surgimento da Medida de Segurança como forma de sanção penal para integrar o ordenamento jurídico brasileiro, em conjunto com a pena, ocorreu com o surgimento da noção de inimputabilidade, não sendo mais correto que a lei fosse aplicada da mesma forma a todos. Dessa forma, a sanção penal, destinada aos considerados inimputáveis, deixou de ser a pena, passando a ser a Medida de Segurança.

O primeiro ato jurídico que pode ser considerado como comparável à Medida de Segurança na História surgiu com os juristas romanos. O direito romano considerava inimputáveis o “infans” (infante menor de sete anos) e os “amens” ou “furiosus” (loucos) e submetia-os à medidas de prevenção para a segurança dos demais cidadãos. No entanto, foi no Iluminismo que se desenvolveu, de maneira mais estruturada, a ideia da prevenção do crime. É a conhecida fórmula de Beccaria, no “Dei delitti e delle pena”: “É melhor prevenir os delitos do que reprimi-los”¹.

No Projeto do Código Penal suíço de Carl Stoops, em 1893, surge pela primeira vez no ordenamento jurídico a Medida de Segurança como conjunto de providências de cunho preventivo individual, suprindo a ausência de responsabilidade penal por inexistência de culpabilidade pessoal². Apesar de aparecerem Medidas de Segurança

na lei portuguesa de 1896, no Código Penal norueguês, de 1902, e no argentino, de 1921, foi com o Código Penal italiano de 1930 que surgiu na legislação um sistema completo de Medidas de Segurança, difundindo-se amplamente nos códigos promulgados a partir daquele momento.

Todavia, a definição de certas medidas contra os inimputáveis, visando à defesa social, é mais antiga, mesmo no plano legislativo. No Código Penal francês de 1810 já se depara com disposições referentes aos menores de dezoito anos que tivessem agido sem discernimento, os quais, livres de pena, eram submetidos a medidas tutelares.

No Brasil, pelas Ordenações Filipinas, não se poderia imputar fato ilícito àquele que não pudesse obrar com dolo ou culpa, visto ser louco, insensato ou doente. O Código Penal do Império prescrevia que os loucos deveriam ser entregues a suas famílias, ou internados nas casas destinadas para aos seus cuidados, enquanto os menores de catorze anos, que houvessem agido com discernimento, seriam recolhidos às casas de correção. O Código Penal de 1890, seguindo as diretrizes do Código de 1830, previa a entrega dos doentes a seus familiares ou a internação em hospícios. No Projeto Sá Pereira, encomendado pelo governo de Artur Bernardes, surgiu o nome de “medidas de defesa social”, que foi substituído pelo de Medida de Segurança, quando o Projeto foi revisto pela subcomissão legislativa. Assim, a legislação brasileira, a partir de 1940, contemplou a presunção de relativa liberdade e desenvolvimento psíquico, ao não desconhecer hipóteses onde tivesse havido muito comprometimento dessa liberdade e desenvolvimento. Consagrou o critério biopsicológico normativo, segundo o qual não haveria imputabilidade se, contemporâneos à ação, estivessem presentes e atuantes causas biológicas equivalentes a doenças mentais que comprovadamente houvessem suprimido ou diminuído do sujeito a capacidade de entender a ilicitude do ato (momento cognitivo) ou, ainda que potencialmente presente essa capacidade, houvesse impossibilitado de agir de acordo com esse entendimento (momento volitivo). Para suprimir a presunção, exigia-se

a demonstração de uma relação de causa e efeito entre doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, e completa - ou semi-completa, na hipótese de semi-imputabilidade - incapacidade de entendimento da ilicitude ou de autodeterminação².

O mesmo Código Penal de 1940 presumia a periculosidade daqueles que eram isentos de pena e determinava que fossem internados em manicômio judiciário. Também dividiu as Medidas de Segurança em pessoais e patrimoniais, sendo as medidas patrimoniais aquelas que consistiam na interdição de estabelecimento ou de sede de sociedade ou associação ou o confisco. Já as Medidas de Segurança pessoais eram classificadas em detentivas (internação em manicômio judiciário, casa de custódia e tratamento, colônia agrícola, instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional) e não detentivas (liberdade vigiada, proibição de frequentar determinados lugares, exílio local).

Assim sendo, a partir do Código Penal de 1940, a responsabilidade do agente só ficava excluída se o mesmo, em razão de doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou “retardamento mental”, era, no momento da ação, incapaz de entendimento do caráter ilícito do fato e de se determinar diante disso.

O Código Penal brasileiro de 1940, inspirado no código italiano da época (Código Rocco), adotou em sua plenitude o sistema do duplo binário, disciplinando amplamente as Medidas de Segurança. Desse modo, com o sistema duplo binário, as sanções poderiam ser duplas, pois o indivíduo poderia recebê-las da seguinte maneira:

- se imputável, lhe seria aplicada a pena correspondente;
- se inimputável, lhe seria aplicada Medida de Segurança e, finalmente,
- se semi-imputável, poderia receber uma pena que legalmente poderia ser diminuída e, ao mesmo tempo, receber uma Medida de Segurança³.

Quer dizer, se o agente era normal, pena; se doente, medida de segurança; se ‘meio termo’ (‘perturbado da saúde mental’) ou seja, o

indivíduo ‘um pouco normal e um pouco doente’, logicamente receberia um pouco de pena e um pouco de Medida de Segurança!

Qual seria, então, a vantagem aventada pelos defensores do sistema duplo binário? A grande vantagem seria que o delinquente que tivesse uma “perturbação da saúde mental”, como um transtorno da personalidade, estaria sujeito ao exame de sanidade mental (já que constava de suas possíveis sanções penais, uma Medida de Segurança), e com isto se poderia examinar tal indivíduo e verificar se ainda existiria periculosidade em seu retorno ao convívio social. Isto era uma atitude de proteção social, pois permitiria que semi-imputáveis fossem examinados e, se necessário, continuassem afastados da sociedade.

Sistema penal brasileiro contemporâneo

Medidas de Segurança

A aplicação conjunta de pena e Medida de Segurança foi abolida com a reforma da Parte Geral do Código Penal brasileiro, em 1984, pois esse expediente lesaria o princípio jurídico do “ne bis in idem”, que sustenta a ideia de que não se deve impor duas sanções a um mesmo ato criminoso. Assim, a Medida de Segurança passou a ser reservada exclusivamente aos inimputáveis ou aos semi-imputáveis, porém cabendo ao juiz como opção sentenciar pena ou Medida de Segurança (sistema vicariante), conforme dispõem o artigo 96 e seguintes do Código Penal brasileiro atual⁴.

Artigo 96 do Código Penal:

As Medidas de Segurança são:

I – internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado.

II – sujeição a tratamento ambulatorial.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe Medida de Segurança nem subsiste a que tenha sido imposta⁴.

Artigo 26:

Imposição da Medida de Segurança para inimputável

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvi-

mento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento⁴.

Redução de pena aos semi-imputáveis

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento⁴.

Como o Código Penal entende os Transtornos Psiquiátricos

A expressão “doença mental” abrange moléstias como esquizofrenia e outras psicoses, demências, transtorno bipolar do humor, paranóia, algumas manifestações clínicas em epilepsia, entre outras.

Compreende-se como “desenvolvimento mental incompleto” a ausência transitória de maturidade psicológica para compreender as regras civilizatórias, podendo ser superada. Abrange os menores de 18 (dezoito) anos, os índios não integrados à sociedade e os surdos-mudos que não receberam a instrução adequada.

No “desenvolvimento mental retardado”, a maturidade nunca se completará, representando um permanente atraso da idade mental com relação à idade cronológica. É o caso dos oligofrênicos (deficientes ou retardados mentais) em seus vários graus.

O termo “perturbação de saúde mental” pode incluir, por exemplo, os transtornos da personalidade, presentes em psicopatas, sádicos, narcisistas, histéricos, impulsivos, etc., podendo também albergar em seu conceito indivíduos com quadros de pedofilia.

Nesse contexto, passou a ser insuficiente o critério biológico para o estabelecimento da imputabilidade, pois a pessoa, mesmo com doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado pode ter consciência e vontade livre em determinados casos menos complexos (ex.: o deficiente mental - oligofrênico - pode saber que matar

é errado, mas pode não ter tal consciência com relação ao furto), além da possibilidade que o doente mental – exemplo, esquizofrênico - tenha intervalos de lucidez, dentro dos quais pode exercer conscientemente sua vontade. Impôs-se, portanto, a incorporação do critério psicológico, ou seja, a inimputabilidade deve ser verificada no momento em que o crime é cometido, sendo considerado inimputável aquele que age sem consciência, ou seja, sem a representação exata da realidade (nexo causal).

Ademais, supõe ainda o legislador que, eventualmente, possa ocorrer que o agente tenha consciência da ilicitude do fato e possibilidade de determinar-se de acordo com esse entendimento, porém, dada a presença de uma variada gama de perturbações da saúde mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado possa se tornar difícil dominar seus impulsos, sucumbindo com mais facilidade ao estímulo criminal. Tal contexto em nosso Código Penal atual pode caracterizar a semi-imputabilidade⁴.

No entanto, na situação explicitada acima, qual seja, de indivíduos com “perturbação de saúde mental”, como psicopatas e pedófilos, o Código Penal apresenta ambiguidade na sua aplicação, ou seja, indo desde redução da aplicação da pena até imposição de Medida de Segurança. No Parágrafo único de seu Artigo 26, o Código Penal faculta a redução da pena aos indivíduos portadores de “perturbação de saúde mental”, o que parece um absurdo diante do agente criminoso que temos em questão:

Art. 26: Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento⁴.

Em contrapartida, em seu Artigo 98, o Código Penal tem aberto a possibilidade para a aplicação de Medidas de Segurança a portadores de “perturbação de saúde mental”, como psicopatas, por considerá-los semi-imputáveis:

Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º⁴.

No entanto, a leitura cuidadosa do texto da Lei mostra que a aplicação da Medida de Segurança nessa situação deveria ocorrer apenas “necessitando o condenado de especial tratamento curativo”⁴. Ora, como já é bastante claro no momento, nem a Psiquiatria⁵ nem a Psicologia⁶ dispõem de recursos terapêuticos para tratar de maneira efetiva indivíduos com psicopatia, acontecendo o mesmo para alguns pedófilos^{7,8}, porém, mesmo assim, ainda insistimos em colocá-los em instituições com terapêuticas, prestando um desserviço para a Justiça. Muitos defendem a aplicação da Medida de Segurança com internação a psicopatas e pedófilos, mesmo sabendo que eles não se beneficiariam de abordagens terapêuticas, argumentando que essa seria a única maneira de mantê-los fora do convívio social, valendo-se claramente desse expediente para a aplicação de sanção perpétua, já que no país não há possibilidade de pena perpétua.

Apenas para dar continuidade às polêmicas que giram em torno das Medidas de Segurança nas situações de “perturbação de saúde mental”, recentemente tem se colocado em xeque inclusive o fato de que indivíduos com psicopatia ou agressores sexuais apresentam comprometimento de sua capacidade de auto-controle. Esse novo entendimento jurídico ficou bastante claro no caso do “Maníaco do Parque”, quando a promotoria defendeu a tese pela qual o criminoso, portador de psicopatia, era imputável. Na ocasião, a promotoria defendeu e convenceu. Depois disso, têm aumentado os casos desse tipo de entendimento sobre o enquadramento da psicopatia quanto à imputabilidade do agente⁹. No entanto, um dos grandes problemas decorrentes desse tipo de entendimento é que, por força de Lei, ninguém pode ficar preso no Brasil por mais de 30 anos⁴, não havendo

pena de caráter perpétuo no país, por princípio constitucional. Trinta anos demoram para passar, mas passam. Então, situações delicadas podem surgir, como acontece no caso do “Chico Picadinho”, psicopata que foi apenado, cumpriu sua pena de trinta anos, porém que, no momento de ser solto, já que não devia mais nada à Justiça, foi interdito civilmente e internado de maneira compulsória no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Taubaté. Internado sob a justificativa de que é psicopata e que precisava de tratamento psiquiátrico! Ora, novamente voltamos à questão aqui já colocada: existe tratamento psiquiátrico ou psicológico comprovadamente eficaz para psicopatas? Assim, o que faremos com nossos “psicopatas irrecuperáveis”? Bem, “Chico Picadinho” é um “psicopata conhecido”, porém como ele há tantos outros “psicopatas anônimos”, que entram e saem diariamente do nosso sistema penitenciário.

Perícia Médico-Legal

O exame médico-legal do acusado, aqui denominado incidente de insanidade mental, é instaurado quando há dúvida sobre sua higidez mental². Sendo assim, fornecendo os autos elementos que indiquem tais dúvidas, pode o juiz, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, defensor, curador, ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado ordenar a realização do mesmo. O exame poderá, ainda, ser ordenado na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente. Nota-se que em todos os casos é o juiz quem determina a instauração do incidente de insanidade mental. “O exame médico legal do acusado com vistas à determinação da imputabilidade há que resultar de análise do contexto probatório dos autos, a revelar a séria ou razoável dúvida a respeito de sua saúde mental. Não configura cerceamento de defesa o indeferimento do exame de sanidade mental do réu se não há dúvida sobre a integridade mental dele” (TJMG- AC- rel. Joaquim Alves- RT 637/298)¹⁰.

O exame pericial não pode ser suprido por outras provas ou pela inspeção pessoal do juiz. Como é necessário que a verificação advinda

do exame de sanidade mental relacione-se diretamente com o crime praticado e objeto do processo, apurando o estado do autor no momento da ação ou omissão, não supre o exame o laudo pericial realizado como incidente de outra ação penal.

Para a realização da perícia, se o acusado estiver preso, será transferido para manicômio judiciário, onde houver, porém tem-se admitido a realização do exame em outro estabelecimento penal se puder ser adequadamente efetuado, quando da inexistência de vaga no manicômio. Estando solto o acusado, o juiz nomeará o perito para realizar o exame psiquiátrico em local conveniente (ambulatórios do Estado, consultórios, hospitais, etc).

A perícia psiquiátrica, no contexto das Medidas de Segurança, visa principalmente o seguinte:

1 - Verificação da capacidade de imputação nos incidentes de insanidade mental. Nesses casos, está em jogo a imputabilidade, normalmente atrelada à capacidade de a pessoa discernir o que faz, ter noção do caráter ilícito de seu ato e de se autodeterminar.

2 - Verificação da capacidade de imputação nos incidentes de farmacodependência. Trata-se da avaliação da imputabilidade ou semi-imputabilidade que se aplicam aos dependentes químicos.

3 - Exames de cessação de periculosidade nos sentenciados à medida de segurança. Quando as pessoas internadas em casas de custódia (manicômio judiciário) ou em tratamento ambulatorial compulsório são avaliadas para, mediante laudo, ter como cessada a periculosidade que determinou a medida de segurança.

A avaliação pericial tem como objetivo esclarecer a autoridade que a solicitou. Para esta avaliação os critérios são, basicamente, os mesmos aplicados na psiquiatria clínica geral, ou seja, um exame psíquico para avaliação do estado mental do periciando, verificando a existência ou não de alguma doença ou alteração psíquica. O essencial nessa avaliação é informar à Justiça o que a Medicina constata sobre a função mental da pessoa em apreço e como a psicopatologia denomina e entende desse estado constatado. Trata-se de uma

informação precisa com propósitos de ser, sobretudo, inteligível para os fins judiciais. A avaliação de inimputabilidade é baseada no pressuposto de que determinados transtornos mentais produzem prejuízo da capacidade de discernimento, de controle de impulsos e da capacidade de decidir com plena liberdade.

Os diagnósticos e estados mentais que aparecem mais frequentemente diante do perito em Psiquiatria Forense são:

- Psicoses: esquizofrenias, psicoses afetivas, psicoses orgânicas.
- Retardo mental (oligofrenia, deficiência mental).
- Transtornos de personalidade: psicopatias.
- Dependência química e suas complicações.
- Epilepsias e suas complicações.
- Transtornos dos impulsos (compulsões, piromania, jogo).
- Parafilias ou desvios sexuais.
- Neuroses: obsessiva-compulsiva e histérica.

Constatada alguma doença ou alteração mental, a atitude pericial mais importante é saber se esta alteração já existia por ocasião do ato que determinou a perícia ou aconteceu depois, quer dizer, é fundamental saber se a alteração ou doença é superveniente ou não ao fato que determinou a perícia.

A superveniência de doença mental ocorre quando, depois do ato delituoso, a pessoa passa a apresentar sinais e sintomas de algum transtorno mental. Quando a doença mental é constatada antes do ato delituoso ou durante a tramitação do processo, este será suspenso. A lei brasileira privilegia a saúde da pessoa acusada e a suspensão do processo pleiteia sua recuperação. Quando a doença mental é constatada após condenação, poderá haver a interrupção do cumprimento da pena, a qual poderá se transformar em Medida de Segurança no caso de cronificação do estado mórbido (superveniência de doença mental). No entanto, existe bastante discórdia sobre a aplicação da Medida de Segurança no contexto da superveniência de doença mental. Muitos autores consideram que essa situação seria uma exceção à base teórica que dá sustentação à Medida de Segurança, já que ela repousa sobre o

critério biopsicológico da imputabilidade e, por consequência, da culpabilidade. Desse modo, para fins da aplicação da medida de segurança, o momento de verificação da doença mental é aquele da prática do crime, seguindo a teoria da atividade, que foi contemplada no Artigo 4º do Código Penal brasileiro (“considera-se praticado o crime no momento da ação ou omissão, ainda que outro seja o momento do resultado”). Desse modo, a conversão de pena para Medida de Segurança em caso de superveniência de doença mental não encontra abrigo no Artigo 26 do Código Penal, que trata da imputabilidade penal, tampouco insere-se na teoria do crime, que está descrita entre os Artigos 13 a 28 do mesmo Código. A aplicação da Medida de Segurança em situações de superveniência de doença mental, na prática, seria a perpetuação do sistema duplo-binário, que fora extinto com a Reforma da Parte Geral do Código Penal em 1984. Mesmo não sendo cumulativas, na verdade o paciente experimenta por um período o cumprimento da pena e por outro o da Medida de Segurança, como se fosse a aplicação de duas sanções penais para a prática de um único crime. Tal situação feriria o sistema vicariante atual do Código Penal brasileiro, no qual admite-se apenas a aplicação de uma sanção penal para um crime cometido. No entanto, por certo que atenção especial deve ser dispensada para a superveniência de doença mental entre indivíduos que praticaram crime. A doença mental em situação de cumprimento de pena no cárcere pode expor o indivíduo a uma série de dificuldades de convívio entre seus pares, deixando-o em condição de extrema vulnerabilidade. Além disso, a presença de doença mental não tratada no cumprimento da pena pode comprometer sua possibilidade de ressocialização. Sendo assim, a identificação precoce de pacientes com doença mental deve ser cada vez mais estimulada nos ambientes prisionais, proporcionando-lhes tratamento apropriado, porém talvez fora do contexto da medida de segurança, obedecendo, assim, a uma finalidade unicamente terapêutica e não penal³.

Retomando a avaliação da imputabilidade penal, vale ressaltar que o estabelecimento de um diagnóstico psiquiátrico atual nem

sempre é suficiente para a Justiça. O perito deverá também estabelecer, da melhor forma possível, a condição psíquica da pessoa examinada por ocasião do ato delituoso, ou seja, deverá proceder a uma avaliação retrospectiva (do passado). Procura-se avaliar a responsabilidade penal do examinado, ou seja, avaliar se essa pessoa apresentava algum transtorno mental no momento do crime e se tal transtorno comprometeu a capacidade de entender o caráter e a natureza de seu ato, bem como se comprometeu também a capacidade de o mesmo se determinar de acordo com esse entendimento. Na realidade, o perito deve oferecer à Justiça subsídios para avaliar se o réu é imputável, semi-imputável ou inimputável.

Também faz parte das perícias psiquiátricas criminais a avaliação prognóstica, ou a avaliação das perspectivas sociais do examinado, no exame de verificação de cessação de periculosidade. A partir das condições mentais atuais, à luz dos acontecimentos passados e baseado no curso e evolução da doença do periciando conhecidos pela psicopatologia, o perito psiquiátrico deverá estabelecer o prognóstico do examinado (periculosidade), na ocasião em que se verifica a cessação da periculosidade em internos reclusos por medida de segurança.

Apresentado o laudo pericial, os autos do incidente, que até então corriam em separado, passarão a fazer parte do processo principal. A depender da conclusão do perito, o magistrado adotará a providência cabível dentro das seguintes hipóteses:

a) Se o perito concluir que o acusado era, ao tempo da ação ou omissão, inimputável, o juiz poderá absolver o acusado por inimputabilidade (absolvição imprópria), concordando com o laudo, ou mesmo condená-lo, se rejeitar as conclusões do perito. Na hipótese de absolvição por inimputabilidade, deverá ser aplicada a medida de segurança cabível, de acordo com o art. 97 do Código Penal.

b) Concluindo o perito que o acusado era plenamente imputável, quer por não ter eventual doença ou perturbação mental, quer por não apresentar anomalia psíquica, ou quer pelo fato de seu transtorno

mental não ter comprometido seu entendimento ou capacidade de auto-determinação, o processo continuará seu curso normal.

c) Se o perito concluir que a doença mental sobreveio à infração, o processo continuará suspenso até que o acusado se reestabeleça. Nesse caso, poderá indicar internação.

d) Se a insanidade mental sobrevier no curso da execução da pena, o portador de doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado e a pena pode ser convertida em Medida de Segurança, no caso do não restabelecimento do condenado.

e) Se a conclusão apontar para a semi-imputabilidade, poderá o juiz optar por condenação, devendo reduzir a pena de 1/3 ou 2/3, ou optar por Medida de Segurança (sistema vicariante)⁴.

No caso C, restabelecendo-se o acusado da doença mental, o processo retomarará o seu curso normal.

Diferenças conceituais entre Pena e Medida de Segurança

Dentro de uma concepção tradicional, diferenciam-se penas e Medidas de Segurança com base nos seguintes critérios:

1) Pena pressupõe culpabilidade; Medidas de Segurança, periculosidade. Por isso a ausência de culpabilidade não impede a aplicação de Medida de Segurança, pois esta é substituída pelo juízo de periculosidade;

2) Penas têm natureza retributiva-preventiva; Medidas de Segurança são preventivas;

3) Penas são proporcionais à gravidade da infração; a proporcionalidade das Medidas de Segurança fundamenta-se na periculosidade do sujeito;

4) Penas são por tempo determinado; as Medidas de Segurança, indeterminado;

5) Penas são aplicáveis aos imputáveis; as Medidas de Segurança aos inimputáveis. Os semi-imputáveis podem receber pena ou Medida de Segurança, de acordo com a avaliação do magistrado.

No entanto, valem aqui algumas reflexões sobre as possíveis diferenças existentes entre as penas e as Medidas de Segurança. A primeira delas refere-se à inexatidão da afirmativa que, quanto aos inimputáveis, o juízo de culpabilidade é substituído pelo juízo de periculosidade, porque para a aplicação da Medida de Segurança é preciso haver crime tipificado no código, com todas as características de punibilidade, tanto que o inimputável é condenado e posteriormente absolvido. Afinal, se o juiz constatar que o réu inimputável agiu sob coação moral irresistível, obedeceu à ordem não manifestamente ilegal, incorreu em erro de proibição inevitável etc., hipóteses perfeitamente possíveis, será de todo ilegal a aplicação, inclusive, de Medida de Segurança, impondo-se a absolvição pura e simples, visto que, se, nas mesmas circunstâncias, se puder invocá-las em favor do imputável, o mesmo deverá ocorrer, com maior força de razões, quanto ao inimputável, porquanto num sistema democrático de direito as garantias devem ser proporcionais ao grau de vulnerabilidade de quem delas necessitam, os mais débeis. Assim, não será possível a aplicação da Medida de Segurança se, na mesma situação, não for possível a aplicação da pena. Desse modo, não caberá Medida de Segurança se o fato for atípico (ausência de nexos causal ou de culpa) ou lícito (praticado em legítima defesa ou em estado de necessidade) ou não culpável (cometido sob coação moral irresistível, erro de proibição, embriaguez involuntária completa) ou, ainda, se tiver sido atingido por causa de extinção da punibilidade (prescrição, decadência).

Quanto à natureza retributivo-preventiva da pena e preventiva das Medidas de Segurança, também se cai em incorreção pois, tanto as penas quanto as Medidas de Segurança, pressupõem para sua aplicação a ocorrência de fato típico, ilícito, culpável e punível, de modo que, desse ponto de vista, as Medidas de Segurança constituem, também, uma retribuição a uma infração penal punível. As Medidas de Segurança buscam os mesmos fins assinalados à pena: prevenir reações públicas ou privadas arbitrárias contra o criminoso inimputável e prevenir a reiteração de crimes. A finalidade da intervenção

jurídico-penal é, pois, em ambos os casos, a proteção subsidiária de bens jurídicos relevantes.

No que tange à indeterminação do prazo máximo das Medidas de Segurança, bastante controvérsia tem emergido desta questão. Apesar de não ser considerada pena, nos últimos tempos a Medida de Segurança tem recebido tratamento parecido por parte de várias Cortes brasileiras. Isso tem ocorrido com o objetivo de não conferir um caráter perpétuo a essa sanção penal. O Supremo Tribunal Federal manifestou-se pelo fato de a privação de liberdade nos casos das Medidas de Segurança não poder ser maior que 30 anos (“A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, deve fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos”)¹¹. A Quinta Turma do Superior Tribunal de Justiça também se manifestou sobre o tempo indeterminado das Medidas de Segurança, afirmando que “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado, à luz dos princípios da isonomia e da proporcionalidade”¹². Neste último caso, aparece situação interessante apresentada pela defesa do paciente em questão, fato, inclusive, que passou a ser comum nos pedidos de liberação dos pacientes dos Hospitais de Custódia, ou seja, sua posterior transferência/internação em hospital psiquiátrico comum. Isso tem causado problemas para as autoridades sanitárias, bem como para os responsáveis por hospitais psiquiátricos que, na maior parte das vezes, não dispõem de condições para abrigar pacientes forenses em suas instalações. Tal situação tem começado a causar posicionamentos críticos de alguns juristas. Na sequência, pode-se ler manifestação de Guilherme de Souza Nucci sobre o tema: “Apesar de seu caráter de sanção penal, a medida de segurança não deixa de ter o propósito curativo e terapêutico. Ora, enquanto não for devidamente curado, deve o sujeito submetido à internação permanecer em tratamento, sob custódia do Estado. Seria demasiado apego à forma transferi-lo

de um hospital de custódia e tratamento criminal para outro, onde estão abrigados insanos interditados civilmente somente porque foi atingido o teto máximo da pena correspondente ao fato criminoso praticado, como alguns sugerem, ou o teto máximo de 30 anos, previsto no art. 75 como sugerem outros”¹³.

As Medidas de Segurança também têm sido alcançadas por outros benefícios legais, como o indulto presidencial. Em 2008, o indulto presidencial, que antes era restrito aos criminosos apenados, foi estendido aos pacientes em medida de segurança, de acordo com o Decreto 6076/2008:

VIII - aos submetidos à medida de segurança que, até 25 de dezembro de 2008, tenham suportado privação da liberdade, internação ou tratamento ambulatorial por período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada ou, nos casos de substituição prevista no art. 183 da Lei no. 7.210, de 1984, por período igual ao tempo da condenação, mantido o direito de assistência nos termos do art. 196 da Constituição.

Desde então, o indulto presidencial para os pacientes forenses em medida de segurança tem sido renovado anualmente e confirmado por Cortes Superiores no país. O Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, no julgamento do Agravo em Execução nº 70033455783/2009, manifestou-se pela legitimidade da extensão do indulto aos internados em cumprimento de medida de segurança, nos termos do artigo 1º, inciso VIII, do Decreto natalino nº 6.706/98. Afirmou não haver restrição constitucional à concessão de indulto pelo Presidente da República aos submetidos à medida de segurança, uma vez que esta é um tipo de sanção penal e, por isso, fica sujeita ao limite temporal de cumprimento do artigo 75 do Código Penal. O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em Acórdão publicado em 19 de julho de 2011 e proferido pela 16ª Câmara de Direito Criminal, proferiu decisão favorável ao indulto para paciente em medida de segurança hospitalar. Outros Acórdãos posteriores também

mantiveram essa mesma posição frente à questão. Entretanto, vale lembrar que o Decreto de indulto presidencial e as sentenças dos Tribunais superiores levantam questões importantes. Em primeiro lugar, os pacientes em medida de segurança são enviados para um hospital forense para tratamento, e não para castigo. O paciente em Medida de Segurança internado em hospital de custódia, se supõe, está em um processo terapêutico. A lógica é de tratamento, e não de punição. O equivalente da alta médica, guardadas as devidas proporções, é a cessação de periculosidade, um termo proscrito na Psiquiatria, porém ainda presente no Código Penal. Assim sendo, indultar paciente psiquiátrico, em meio a um tratamento médico em hospital de custódia, equivale a retirar de hospital clínico paciente ainda doente (por exemplo, pneumonia, infarto ou diabetes descompensada), sem alta médica. Aí, o prejuízo pode ser do paciente. Ademais, os critérios do indulto presidencial são objetivos, e não fazem diferença entre o paciente pouco ou nada agressivo, como um psicótico controlado, e o paciente psicopata, agressor sexual ou matador em série. Aí, o prejuízo pode ser da sociedade¹⁴.

Espécies de Medida de Segurança

No Código Penal atual, existem duas espécies de Medidas de Segurança, a internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e o tratamento ambulatorial. A internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico constitui a modalidade detentiva. É a fusão do que era previsto na redação do Código Penal de 1940, destinando-se a internação obrigatoriamente aos inimputáveis ou semi-imputáveis (neste último caso se o magistrado assim o decidir), que tenham cometido crime punível com reclusão e facultativamente aos que tenham praticado delito cuja natureza da pena abstratamente cominada é de detenção.

A segunda, tratamento ambulatorial, é Medida de Segurança restritiva, introduzindo como inovação na reforma de 1984. Nessa modalidade, são dispensados cuidados médicos à pessoa submetida a

tratamento, não implicando internação. Quando sujeito a esse tratamento, a pessoa deve comparecer ao serviço de saúde, nos dias em que o médico determinar, para que, de tal forma, seja aplicada a terapia prescrita. Estão sujeitos a esse tratamento os inimputáveis ou semi-imputáveis, cuja pena privativa de liberdade seja de detenção.

A Medida de Segurança só pode ser executada após o trânsito em julgado da sentença, não podendo ser imposta Medida de Segurança provisória.

O prazo mínimo de duração é de um a três anos (art. 97, § 1º, e 98, Código Penal), invariável qualquer que seja o delito praticado (“Art. 97: § 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos”)⁴. Para que seja aplicado o mínimo, é usado como critério a periculosidade do agente, não mais estando relacionado, como ocorria na legislação de 1940, com quantidade da pena privativa de liberdade cominada ao delito. Será por tempo indeterminado, perdurando enquanto durar a periculosidade, que se verificará com perícia médica denominada exame de verificação de cessação de periculosidade, realizada anualmente ou sempre que o juiz considerar necessária (Art. 97: “§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução”)⁴.

Exame de Cessação de Periculosidade

A perícia médica para verificação da cessação da periculosidade será realizada ao fim do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se assim determinar o juiz da execução.

Depois de feito, o exame deve ser remetido ao juiz pela autoridade administrativa competente, em forma de minucioso relatório instruído com laudo psiquiátrico, focado na questão da periculosidade.

Se comprovada pela perícia a cessação da periculosidade, o juiz

da execução determinará a revogação da Medida de Segurança, com desinternação, na hipótese de internamento, ou liberação, em caso de tratamento ambulatorial, do agente em caráter provisório, aplicando ao benefício as condições próprias do livramento condicional (“Art. 97: § 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade”)⁴. Há entendimento de que, neste caso, ocorre a suspensão da Medida de Segurança, uma vez que só será realmente revogada depois de transcorrido um ano sem que o agente pratique fato indicativo de persistência da periculosidade.

A perícia de verificação de cessação de periculosidade é uma das áreas mais delicadas da Psiquiatria Forense, impondo maior carga de responsabilidades e expectativas sobre o perito psiquiatra. Porém, essa situação é inerente ao seu ofício. Tal avaliação, por meio de conhecimentos técnicos e instrumentos de avaliação adequados, tenta investigar as chances ou probabilidades de determinado paciente voltar a apresentar atos de violência, reincidir criminalmente e/ou reagudizar seu quadro psiquiátrico, em determinado contexto ou cenário sócio-ambiental projetado no futuro. Mesmo não sendo a maneira mais apropriada de se avaliar o paciente forense, por força de Lei, o perito precisa ainda responder se a periculosidade do paciente está, ou não, cessada. A resposta é sempre binária, ou seja, sim ou não. Talvez, mais interessante fosse falar em risco de reincidência, para o qual instrumentos de avaliação vêm sendo desenvolvidos, com resultados interessantes. As escalas estruturadas de avaliação têm se mostrado superiores às avaliações clínicas para predição de risco de reincidência criminal. Ademais, o termo “periculosidade cessada” muitas vezes carrega a conotação irreal de que aquele paciente não apresenta mais riscos de voltar a apresentar episódios de violência ou reincidência criminal, quando na verdade quer dizer que está recuperado do quadro que o levou à internação, muitas vezes doença de natureza crônica, que pode reagudizar³.

Referências bibliográficas

1. Beccaria C. Dos delitos e das penas. São Paulo: Ícone Editora; 2006.
2. Oliveira RA, Cordeiro Q, Lima MGA. Transtorno Mental e Perda de Liberdade. São Paulo: Cremesp; 2013.
3. Oliveira RA, Cordeiro Q, Lima MGA. Medida de Segurança: uma Questão de Saúde e Ética. São Paulo: Cremesp; 2013.
4. Brasil. Lei n. 7209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei n. 2848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal, e dá outras providências. Diário Oficial da União Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1984; Seção 1:10217.
5. Khalifa N, Duggan C, Stoffers J, Huband N, Völlm BA, Ferriter M, Lieb K. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2010; 4(8):CD007667.
6. Gibbon S, Duggan C, Stoffers J, Huband N, Völlm BA, Ferriter M, Lieb K. Psychological interventions for antisocial personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2010;16(6):CD007668.
7. Långström N, Enebrink P, Laurén EM, Lindblom J, Werkö S, Hanson RK. Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. BMJ; 2013.
8. Dennis JA, Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Duggan C. Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. Cochrane Database Syst Rev; 2012.
9. Bonfim EM. Julgamento de um Serial Killer: o caso do maníaco do parque. Editora Impetus; 2010.
10. TJMG- AC- rel. Joaquim Alves- RT 637/298.
11. Brasil. Supremo Tribunal Federal. 1ª Turma. Habeas-corpus n. 84.219-4, Relator Ministro Marco Aurélio. j.15.02.2005 - v.u. Brasília, Diário da Justiça, 23 de setembro de 2005. p.16, Ement vol.2206-02 p.285
12. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. 5ª Turma. Habeas corpus n. 208.336 - SP 2011D 0125054-5. Relatora Ministra Laurita Vaz. São Paulo, Diário da Justiça, 29 de março de 2012.
13. Nucci GS. Código Penal Comentado. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2007.
14. Ribeiro RB, Cordeiro Q. O indulto presidencial e a medida de segurança. Psychiatry [online]. 2012; 17(12). [acessado em: 24 jan.2014]. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano12/for1212.php>

4

Atos Médicos no Cumprimento das Medidas de Segurança

Rafael Bernardon Ribeiro, Gustavo Bonini Castellana e Quirino Cordeiro

Uma introdução à assistência psiquiátrica no cumprimento da Medida de Segurança nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)

A lei brasileira prevê, na forma de seu artigo 99 do Código Penal¹, o direito do internado, submetido à Medida de Segurança, a tratamento:

“Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”.

Ainda que o objetivo dos legisladores fosse, à época de sua formulação em 1940, o de garantir o isolamento do indivíduo até que ele apresentasse cessação de periculosidade e pudesse retomar o seu convívio com a sociedade, sabe-se que muito avançamos em relação às possibilidades de tratamento psicofarmacológico desde então.

O advento dos antipsicóticos a partir de 1952 com a síntese da clorpromazina configurou uma mudança substancial no prognóstico destes indivíduos, permitindo maiores chances de redução dos sintomas e, portanto, da chamada “periculosidade” associada à doença mental.

A melhora das possibilidades de tratamento psiquiátrico, no entanto, não foram acompanhadas de uma maior atenção a esta população, que ainda carece de programas específicos de saúde pública que garantam o tratamento adequado. Tal desassistência se reflete nas

precárias condições de tratamento habitualmente encontradas nos HCTP no país, bem como na falta de vagas para tratamento aos pacientes que teriam este direito e que aguardam em carceragens comuns – cerca de 200 apenas no Estado de São Paulo.

Todavia, o tratamento médico psiquiátrico oferecido a doentes mentais que transgridem a lei nos remete aos primórdios da assistência psiquiátrica no país. Ao revisar os diferentes estágios da formação da assistência psiquiátrica no país, Messas² aponta que, já em 1903:

o tratamento objetivava a cura [...] e a cura visava a ordem pública. [...]. Portanto, nos casos extremos, competia à administração pública a decisão sobre o momento em que o indivíduo retornaria ao convívio social. Em última instância, a doença mental era, literalmente, caso de polícia.

Mais adiante, o autor afirma que:

já no período de ampliação da ação estatal [...] a noção de tratamento é extraída da ideia de penalidade, a ela se submete – submissão esta que, mesmo na época contemporânea, temos dificuldade de nos livrar. É, portanto, da lógica da punibilidade que surge o tema do tratamento.

Ainda hoje, é comum a equiparação do tratamento psiquiátrico oferecido nos HCTP à punição recebida pelos criminosos comuns. Mesmo que aquela seja uma substituição desta sob o ponto de vista legal, há que se ressaltar que indivíduos que cometeram crimes e foram considerados inimputáveis pela Justiça em razão de transtorno mental deverão se submeter a tratamento médico, e não à penalização pelo crime cometido. Para tanto, os HCTP deverão estar amparados para funcionarem como hospitais que prestam tratamento médico, e não como instituições asilares - muito menos como prisões - ainda que a liberdade dos internos lhes seja negada até melhora do quadro psicopatológico e da periculosidade³.

Note-se que a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), ao criticar a falta de atenção que este grupo de doentes recebe do SUS em suas “Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde

mental⁴”, acaba por denunciar a situação de cárcere a que são submetidos muitos dos pacientes em Medida de Segurança que não obtêm vaga em HCTP, bem como as condições equivalentes às prisionais dos HCTPs brasileiros, com viés punitivo, distantes de um ideal de hospital forense, dentro do modelo médico que se almeja:

Existem duas situações de pessoas com doenças mentais nos cárceres (grifo nosso):

- 1. Pessoas que cometeram crimes em decorrência de sua doença mental e foram considerados inimputáveis, e que, em função disso, foram absolvidas e receberam Medida de Segurança como tratamento compulsório.*
- 2. Pessoas que estão presas em cumprimento de pena, ou seja, foram consideradas imputáveis e culpadas e foram condenadas, ou pessoas presas provisoriamente (prisão preventiva, por flagrante, etc) e ficaram doentes.⁴*

A legislação mais moderna sobre saúde mental no Brasil, a lei 10.216/2001⁵, ainda que não verse estritamente sobre o tratamento psiquiátrico das pessoas que cumprem Medida de Segurança, garante o direito ao tratamento digno a qualquer pessoa acometida de transtorno mental:

Art 1º. Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Sendo assim, resta clara a cobertura a todos os doentes mentais infratores, em Medida de Segurança ou não, sendo fruto de debate no Direito se esta lei, mais recente, revogaria a própria Medida de Segurança, que passaria a ser interpretada como uma internação compulsória. O fato maior, no entanto, é um cenário de grave violação de direitos; seja qual for o código seguido, o legislador previa tratamento mais humanizado que a prisão ao doente mental.

No caso da Medida de Segurança, sua instauração retira o doente mental do ambiente prisional e prescreve sua transferência para ambiente terapêutico apropriado, conforme já abordado em outros capítulos e livros desta série, o que pressupõe uma cadeia de ritos onde o médico psiquiatra é chamado a atuar, seja na função pericial, seja na função assistencial.

Ato Médico, Doença Mental e o Processo Penal

O primeiro contato com o médico dar-se-á no momento em que algum dos envolvidos no processo de julgamento (defesa, acusação, magistratura) ou de prisão e custódia (administração penitenciária ou polícias) suspeitar da presença de doença mental no sujeito que tenha cometido um crime e estiver sob custódia ou enfrentando processo criminal. Provocado o juiz competente, este instaura o “incidente de insanidade mental”, e determina a realização de uma perícia que deverá apurar se é cabível a Medida de Segurança. Apesar de a lei 12.842 de 2013⁶ que dispõe sobre o exercício da Medicina no país ter tido vetados os artigos que regulamentavam o diagnóstico e tratamento como atos privativos de médicos, o Código Penal¹ e o Código de Processo Penal⁷ mantêm a exigência de perícia médica como balizadora das Medidas de Segurança. O Código de Processo Penal⁷ assim disciplina a realização do exame, por médico:

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

§ 1º O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente.

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

Tratando este capítulo de atos médicos, cabe um resgate de trechos do texto original do projeto de lei que regulamenta a Medicina, amplamente debatido no Congresso Nacional por 11 anos, aprovado no plenário das duas Casas, com os respectivos vetos presidenciais apontados, mas que não invalidam a essência que se pretende discutir⁶:

Art. 2º O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

Parágrafo único.

O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para:

I – a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;

II – a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;

III – a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

Art. 3º O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.

Art. 4º São atividades privativas do médico:

I – formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica; (VETADO)

II – indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;

III – indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;

IV – intubação traqueal;

V – coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;

VI – execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;

VII – emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;

VIII – indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário; (VETADO).

IX – prescrição de órteses e próteses oftalmológicas; (VETADO).

X – determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;

XI – indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;

XII – realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;

XIII – atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;

XIV – atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

Sendo o veto presidencial um ato político, e não técnico, para fins de discussão deste capítulo, as questões debatidas e consensuadas como atos médicos neste Projeto, mesmo não tendo força de lei, servem para guiar uma discussão sobre o tema.

Incidente de Insanidade Mental

É neste ponto que se inicia a possibilidade de uma Medida de Segurança. Como explicitado acima, havendo a suspeição de doença mental em infrator, o juiz responsável pode determinar uma avaliação médica para melhor esclarecimento, o chamado “incidente de insanidade mental”. Sabe-se que, de acordo com o artigo 93 do Código de Ética Médica⁸, é vedado atuar como perito de paciente seu. Portanto, exige-se uma separação estrita entre as funções. A questão da confidencialidade, do sigilo, é princípio fundamental do nosso Código de Ética Médica⁸: XI – “O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de

suas funções, com exceção dos casos previstos em lei”.

No entanto, a relação perito-periciando, que deve ser explicitada ao examinando desde o início da perícia, pressupõe compromisso com fazer justiça, onde o médico atua como um braço da Justiça, não havendo relação terapêutica. Neste caso, não há sigilo, visto que o teor da avaliação será remetido aos autos do processo. Através do laudo, emprestamos conhecimento técnico aos operadores do Direito para amparar uma decisão judicial. No entanto, mantém-se a obrigação ética de respeito e sigilo em relação a partes não relacionadas ao processo, como autoridades policiais, funcionários administrativos de unidades prisionais e quaisquer outras pessoas sem relação com o processo e a perícia, conforme ilustram os artigos 73 e 85 do Código de Ética Médica⁸:

É vedado ao médico:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Art. 85. Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Para que se garanta o bom andamento da avaliação, é importante que seja disponibilizado local adequado que proporcione ao mesmo tempo segurança, tranquilidade e privacidade ao perito e periciando. Exigir estes requisitos mínimos, avaliados caso a caso e contextualizados, nos parecem medida responsável e ética, cabendo a recusa em caso de impossibilidade de avaliação. Deve-se lembrar que o perito criminal está, na maioria das vezes, emitindo laudo que irá decidir os encaminhamentos da vida daquele examinando: ida ou continuidade na prisão, internação (cumprimento de medida de segurança), alta (cessação de periculosidade). Isto pode ser a diferença entre ser tratado e amargar anos de abandono em uma penitenciária. Portanto, pautar pela qualidade e respeito à ética deve ser um norte permanente.

Considerações Sobre o Incidente de Insanidade Mental

No caso do “incidente de insanidade mental”, dois processos distintos serão julgados pelo perito – verificação da presença ou não de doença naquele momento e verificação da imputabilidade. A questão da morbidez no momento da avaliação envolve o ato médico de diagnosticar e apontar às autoridades qual o melhor tratamento indicado naquela situação clínica constatada, bem como discussão acerca de prognóstico. No tocante à Medida de Segurança em si, há que estabelecer se, ao tempo do crime, havia comprometimento da capacidade de entendimento (cognição) e de se autodeterminar de acordo com este entendimento (controle volitivo/dos impulsos). Somente o comprometimento de ambos ao tempo do fato criminoso (nexo causal) gera a possibilidade de inimputabilidade (artigo 26 do Código Penal)¹. O comprometimento de um deles (entendimento ou autodeterminação) leva à semi-imputabilidade (artigo 26 do Código Penal)¹.

Nesta avaliação, portanto, o perito deverá responder a algumas perguntas:

1. Existe doença mental (diagnóstico)?
2. Qual o prognóstico?
3. Qual o tratamento indicado?
4. Existe nexo causal com o crime?
5. A doença comprometia, ao tempo da ação ou omissão, a capacidade de entendimento do examinando?
6. O examinando era, ao tempo da ação ou omissão, capaz de determinar-se de acordo com este entendimento?

Notar que, a despeito de o perito informar ao juiz tecnicamente qual o prognóstico e tratamento indicado, o Código Penal¹, datado de 1940 e revisado em 1984, já prescreve a Medida de Segurança de internação em hospital de custódia por um ano para crimes cuja pena seria equivalente à prisão e faculta ao juiz determinar tratamento ambulatorial nos casos de crime cuja pena equivalente seria punível com detenção, independentemente da opinião do médico. O prazo mínimo inicial é de 1 a 3 anos, algo bastante incompatível com a psiquiatria moderna, se pensamos

em casos de doença mental aguda, excluindo, portanto os transtornos de personalidade, parafilias e psicopatas perversos.

Nos casos de superveniência de doença mental no cumprimento de sentença, o Código de Processo Penal⁷ garante tratamento em local adequado mediante constatação por perícia médica ou avaliação médica:

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

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

Nestes casos, baseado nos elementos da perícia (diagnóstico, necessidades de tratamento e prognóstico), pode ou não haver a conversão da pena para Medida de Segurança.

Todos estes atos estão legalmente amparados e são exigidos pelo Código Penal¹. Nos termos da lei 12.842/13⁶, não temos contemplado o diagnóstico nosológico e prescrição terapêutica, visto que foi vetado (artigo 4º item I); porém, o ato pericial médico, determinação de prognóstico e a alta médica são atos privativos de médico por força de lei (artigo 4º, itens X, XI, XII).

Atos Médicos e responsabilidade ética e legal dos psiquiatras que prestam assistência em HCTP

O CFM, em sua resolução 1598/2000⁹ (modificada pela Resolução CFM nº 1952/2010), afirma que:

Art. 19 - São considerados estabelecimentos médico-psiquiátricos todos aqueles que se destinam a executar procedimentos diagnósticos psiquiátricos ou assistirem a enfermos psiquiátricos, e que requeiram o trabalho de um ou mais psiquiatras para desempenhar sua atividade-fim, inclusive as unidades psiquiátricas em hospitais gerais

A interpretação desta resolução não deixa dúvidas de que os HCTP são considerados estabelecimentos médico-psiquiátricos, mesmo que subordinados à respectiva Secretaria de Administração Penitenciária ou Justiça e, portanto, deverão funcionar de acordo com as mesmas legislações e diretrizes de outros hospitais gerais ou psiquiátricos.

Ainda de acordo com a mesma resolução, a responsabilidade dos médicos que compõem o corpo clínico do hospital será regida pelo artigo 1º, que responsabiliza o médico assistente por “assegurar a cada paciente psiquiátrico seu direito de usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos e dos recursos profiláticos, terapêuticos e de reabilitação mais adequados para sua situação clínica”.

Os diretores técnico e clínico do hospital serão, da mesma forma, responsabilizados pelas condições de tratamento oferecidas na unidade, conforme enuncia o artigo 2º:

“Art. 2º - É de responsabilidade do diretor técnico, do diretor clínico e dos médicos que prestem assistência a pacientes psiquiátricos garantir que esses sejam tratados com respeito e dignidade”.

Dessa forma, os psiquiatras que prestam assistência nos HCTP estarão submetidos aos mesmos parâmetros éticos e deverão estar amparados pelos mesmos recursos técnicos de um hospital geral ou psiquiátrico para sua adequada práxis. Em caso de desassistência por falta de recursos de trabalho, por carência de profissionais ou por ação ou omissão culposa (imperícia, imprudência ou negligência), os médicos que compõem o corpo clínico do hospital, bem como sua respectiva diretoria, poderão responder a processo ético administrativo perante o CRM, e eventualmente a processo judicial na esfera civil¹⁰.

A questão do agenciamento duplo do papel de médico assistente e médico perito também deve ser lembrada neste contexto. Trata-se de uma condição presente em presídios, onde o médico é convocado com frequência a prestar depoimento sobre algum preso que está sob seu tratamento. Tal situação, no entanto, pode e deve ser evitada nos HCTP, sendo que para isso basta que os médicos que assistem aos doentes não

trabalhem na condição de peritos destes mesmos doentes na avaliação da cessação de periculosidade. Tal condição é prevista pelo artigo 93 do novo Código de Ética Médica, onde é vedado ao médico:

“Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado (CEM) 8”.

Avaliação de Cessação de Periculosidade

Iniciada a Medida de Segurança, seja ambulatorial seja hospitalar, esta somente cessará aos olhos da Justiça após o exame de cessação de periculosidade, que deverá ser realizado por médico. O termo é prescrito. Internacionalmente e muito modestamente no cenário nacional, utiliza-se o conceito de avaliação e manejo de risco.

No entanto, persiste o termo no Código Penal¹:

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

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

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

Em relação aos aspectos éticos, aplicam-se os mesmos conceitos já debatidos para o “incidente de insanidade mental”. São atos médicos periciais bastante semelhantes, embora a questão a ser respondida à justiça seja de natureza diversa. Nesta avaliação busca-se responder se a condição que ensejou a instauração da Medida de Segurança foi devidamente sanada ou controlada, e se este examinando pode ser reintegrado ao convívio social. Para uma melhor referência à avaliação de

risco, que foge ao escopo do capítulo, sugerimos consulta do respectivo capítulo no livro “Medida de Segurança” do Cremesp¹¹.

Conclusões

Na atividade pericial, o compromisso é com a verdade e com a Justiça, seguindo os preceitos éticos e legais. Muitas vezes, na Justiça Criminal, o médico se sente co-responsável pela segurança social, e realmente o é. Entretanto, deve lembrar que a palavra final é do magistrado, e que esta é dada com base na letra da lei. O médico, no afã de corrigir esta ou aquela falha da lei penal, não pode extrapolar suas funções para majorar penas e reforçar o secular uso da psiquiatria de forma alienista. As questões colocadas no incidente de insanidade mental devem ser respondidas da melhor maneira possível ao juiz, de forma que este julgue. E se não houver legislação para deturpar cidadãos perigosos, não deve o psiquiatra chamar para si esta responsabilidade, a menos que esteja convencido da inimputabilidade ou semi-imputabilidade, nos termos da lei.

Ao longo das análises dos atos médicos atrelados às Medidas de Segurança desde a sua instauração até a sua extinção, que essencialmente seria uma medida de tratamento ao doente mental infrator imposta para sua proteção e proteção social, percebemos que o Código Penal¹, Código de Processo Penal⁷, Lei 10.216/01⁵, Lei 12.842/13⁶, Código de Ética Médica⁸ e resoluções dos conselhos estabelecem uma série de normas e garantia de direitos tanto para o profissional médico quanto para o doente mental. São prerrogativas do médico os atos periciais na Medida de Segurança e a condução de seu tratamento, sendo fundamental e salutar uma boa articulação com uma equipe multiprofissional em hospital forense e rede ambulatorial. O que vemos na prática forense, entretanto, é uma grave violação de direitos, que pode ser sintetizada como violação do direito maior, garantido pela Carta Magna, que é o direito à saúde. O médico tem o dever ético de não se curvar diante destas realidades, executar sua arte dentro do possível e do tolerável, mas buscar os caminhos necessários, como Conselhos

Regionais de Medicina e Ministério Público, quando cabível. A habituação e a resignação com situações incompatíveis com a prática médica moderna são fenômenos contra os quais temos que nos unir e nos policiar, sob o risco de compactuar as mesmas.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Decreto-Lei n. 2848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. [acessado em: 20 jan. 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm
2. Messas GP. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. *Historia, Ciencias, Saude*. 2008;15(1):65-98.
3. Taborda JGV, Morana HC, Cardoso GR. Forensic Psychiatry in Brazil: An Overview. *Int J Law Psychiatry*. 2000; 23(5-6):579-588. Sep-Dec.
4. Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental [on-line]. CFM/FENAM/AMB; 2006. [Acessado em: 22 jan 2014]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_assit_integral_final.pdf
5. Brasil. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF*, 9 abr. 2001. Seção 1:2.
6. Brasil. Lei n. 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF*, 11 jul. 2013. Seção 1:1-2.
7. Brasil. Decreto-Lei n. 3689, de 03 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. [Acessado em: 20 jan. 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del3689Compilado.htm
8. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF*, 24 set. 2009; Seção 1:90-29.
9. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 1598 de 09 de agosto de 2000. É dever do médico assegurar a cada paciente psiquiátrico seu direito de usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos e dos recursos profiláticos, terapêuticos e de reabilitação mais adequados para sua situação clínica. *Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF*, 18 ago. 2000;(160):Seção 1:63. [Revogada Parcialmente pela Resolução CFM n. 1952, de 11-6-2010].
10. Taborda JGV. Responsabilidade civil do psiquiatra. In: Taborda JGV, Abdalla-Filho E, Chalub M. *Psiquiatria Forense*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
11. Cordeiro Q, Lima MGA, organizadores. *Medida de Segurança: uma Questão de Saúde e Ética*. São Paulo: Cremesp; 2013.

5

Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

**Luiz Felipe Rigonatti, Sérgio Paulo Rigonatti,
Rafael Bernardon Ribeiro e Quirino Cordeiro**

Os manicômios judiciários foram criados com o objetivo de fornecer local específico para a reclusão de doentes mentais que infringissem as normas legais. Esses indivíduos, devido às peculiaridades que apresentavam, não eram presos comuns, tampouco doentes mentais habituais. Assim, local específico para sua custódia foi concebido. Inicialmente, não se tinha a ideia de tratamento ou ressocialização dessas pessoas, sendo os manicômios judiciários locais de mera exclusão do convívio social. Tal situação foi assim concebida em virtude da ideia da periculosidade inerente ao louco infrator. Por conta dessa suposta característica desses pacientes, a proteção social seria obtida por meio de sua reclusão social, na maioria das vezes perpétua. Assim, a ideia de resguardar a sociedade de pessoas incapazes de responder por seus atos foi que propiciou o surgimento dos manicômios judiciários. Se não eram, então, mais destinados às prisões ou aos hospitais psiquiátricos comuns, os doentes mentais infratores passaram a ser encaminhados aos manicômios judiciários, sendo o primeiro hospital de custódia inaugurado na Inglaterra, na segunda metade do século XIX.

No Brasil, apesar do projeto Vieira de Araújo de 1893, que já ar-
guia sobre a necessidade de um local para os doentes mentais infra-
tores, é somente após o caso do crime de Custódio Alves Serrão, em
1896, que a necessidade de um local próprio para os doentes mentais

infratores ganhou destaque. Um debate opôs os Drs. Teixeira Brandão e Nina Rodrigues, com o primeiro recusando-se a receber Serrão no Hospital Psiquiátrico e exigindo um local próprio para os degenerados ou criminosos natos¹.

A criação de hospitais de custódia no Brasil foi determinada em 1903 sendo o primeiro inaugurado no Rio de Janeiro em 1921 através dos esforços do Dr. Juliano Moreira. Essas instituições apresentavam um caráter ambivalente, já que era vista pela sociedade como um meio de punir os loucos criminosos que, no entanto, para a lei eram considerados inocentes.

Em São Paulo, o primeiro manicômio judiciário só foi inaugurado em 1933, localizado próximo ao Complexo Hospitalar do Juquery, na cidade de Franco da Rocha. Hoje, o Estado de São Paulo tem três hospitais destinados a receber o doente mental que entrou em conflito com a lei, em decorrência de seu quadro psiquiátrico ².

Em 2011, Débora Diniz e equipe realizaram um censo em todos os hospitais de custódia do Brasil³. No país, há 23 desses hospitais e três alas de tratamento psiquiátrico forense, albergando um total de 3.989 indivíduos, sendo que mais de mil deles encontram-se no Estado de São Paulo. Observa-se uma maior concentração nas regiões Sudeste e Nordeste do país, não existindo hospitais psiquiátrico-forenses nos estados do Acre, Amapá, Roraima, Tocantins, Maranhão, Goiás e Mato Grosso do Sul. O aumento exponencial de doentes mentais infratores fez com que os hospitais de custódia extrapolassem sua capacidade assistencial, com consequente sucateamento do sistema e precariedade na assistência e na realização dos exames periciais. Assim, muitos não recebem tratamento adequado ou, já tratados, aguardam meses para exame de cessação de periculosidade. Diniz constatou que 353 indivíduos aguardavam perícia de verificação de cessação de periculosidade, que em geral são realizados em tempo muito superior ao determinado por lei, na maioria dos hospitais de custódia. A situação é dramática, pois sem a realização desse exame pericial, os pacientes não podem deixar o hospital de custódia.

Situação ainda mais grave foi encontrada pelo grupo da pesquisadora, mostrando que 741 indivíduos, ou 25% da população custodiada brasileira, cumprem medida de segurança com periculosidade cessada, com decreto de desinternação, com internação sem processo judicial ou ainda com benefício de desinternação progressiva, por pura falha do sistema que acompanha esses pacientes no país.

Hoje, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico assemelham-se mais a presídios do que a hospitais, administrados inclusive pelo sistema jurídico-penitenciário e não pela saúde pública, sendo a situação de muitos pacientes considerada como de verdadeira prisão perpétua. Assim, há necessidade de fornecer maior qualidade ao tratamento dos doentes mentais nos hospitais de custódia, baseando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Há que se buscar novo modelo de tratamento hospitalar aos pacientes custodiados, com foco em unidades assistenciais menores e tratamento por equipes multidisciplinares, pautado nos princípios do SUS, indo ao encontro da reabilitação psíquica e social dos pacientes, promovendo maior agilidade no seu processo de reintegração, diminuindo suas chances de reincidência criminal.

Com o objetivo de reorganizar a assistência aos doentes mentais infratores, os ministérios da Justiça e da Saúde, em setembro de 2002, realizaram em Brasília o “Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”⁴. O relatório final do evento reconheceu os pacientes internados nos hospitais de custódia como uma população sob responsabilidade também da área da saúde. Foi consensual a compreensão de que o SUS e a rede de atenção à saúde mental deveriam se responsabilizar pelo tratamento das pessoas internadas nos hospitais de custódia.

A Associação Brasileira de Psiquiatria, preocupada com a situação dos pacientes internados nos hospitais de custódia no país, realizou vistoria em nove dessas instituições Brasil afora. A Associação, ao cabo de seu trabalho, publicou o relatório “Hospitais de Custódia no Brasil: avaliação e propostas”, no qual apresenta a seguinte conclusão:

“O trabalho realizado mostrou uma realidade triste e deplorável no que diz respeito ao tratamento, representando uma violação aos direitos humanos dos pacientes. A Medida de Segurança deve ser orientada e conduzida por tratamento psiquiátrico que inclui internação e acesso a todos os recursos psiquiátricos disponíveis. Urge que as autoridades responsáveis tomem medidas imediatas para a correção dos problemas apontados nesse relatório”⁵.

No entanto, em que pese o entendimento recente de que os pacientes internados nos hospitais de custódia devem ser atendidos sob a óptica da assistência à saúde, com vistas à sua ressocialização, poucas medidas têm sido tomadas para a melhora desse vergonhoso panorama nacional.

Diante do exposto acima, é fundamental que a sociedade mobilize-se para a mudança do modelo assistencial vigente empregado às pessoas internadas nos hospitais de custódia. O paradigma deve ser mudado, passando a focar o tratamento apropriado dos pacientes, respeitando seus direitos e buscando sempre sua reabilitação para o retorno ao convívio social.

Referencias bibliográficas

1. Rigonatti SP. Diagnóstico Psiquiátrico e inimputabilidade frente aos crimes contra os costumes. São Paulo. Tese [Mestrado] – Faculdade de Medicina Legal, Universidade de São Paulo. 1996. 68p.
2. Pacheco e Silva A.C. A Assistência a psicopatas no Estado de São Paulo. Oficinas Gráficas de Assistência a Psicopatas do Juquery. São Paulo; 1945
3. Diniz D. A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil : Censo 2011. Brasília, DF: Letras Livres – Editora UnB; 2013
4. Associação Brasileira de Psiquiatria. Grupo de Trabalho para Avaliação das Políticas Referentes à Psiquiatria Forense. Hospitais de Custódia no Brasil: avaliação e Propostas. [on-line]. [Acessado em: 21 jan.2014]. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-104/MANUAL_FORENSE-18_10_Joao_2.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde/Ministério da Justiça. Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico : Relatório Final. Brasília, DF; setembro de 2002. [on-line]. [Acessado em: 21 jan 2014]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rel_sem_reo_hosp_custodia.pdf

6

Fiscalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de São Paulo

Vicente José Salles de Abreu, Dalton Luís Bertolini e Quirino Cordeiro

Principais constatações da fiscalização realizada pelo Cremesp nas três unidades paulistas de tratamento.

Embora tenham sido feitos relatórios para cada hospital, o texto abaixo retrata as instituições como um todo, considerando que os problemas são comuns a todo o sistema.

Foram vistoriados os três Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) do Estado de São Paulo – os HCTP 1 e 2, ambos no município de Franco da Rocha, na Grande São Paulo, e o HCTP Dr. Arnaldo Amado Ferreira, em Taubaté, no Vale do Paraíba. Segundo dados fornecidos pela administração, as três unidades tinham, no momento da fiscalização, 1.064 leitos ocupados.

As fiscalizações geraram relatórios específicos de cada estabelecimento, já encaminhados aos órgãos competentes. Embora tenham sido encontradas situações de maior ou menor gravidade nas diferentes unidades, as instalações e a assistência eram igualmente precárias nos três hospitais. O relatório que segue descreve o cenário encontrado nos Hospitais de Custódia como um todo.

Introdução

O tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais em conflito com a lei, que se encontram internados nos Hospitais

de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP – cumprindo medida de segurança, há muito vem sendo questionado^{1,2,3,4}. A sobreposição de dois modelos de intervenção social – o jurídico-punitivo e o psiquiátrico-terapêutico – acarreta uma discrepância entre a finalidade declarada e a sua inserção de fato, que já vem ocorrendo desde o surgimento dos HCTPs^{5,6}. Se a medida de segurança não tem caráter punitivo, então a sua feição terapêutica deve preponderar. É necessária uma reorganização burocrática entre as Secretarias da Administração Penitenciária e da Saúde, para que essa última assumira os HCTPs¹.

Dentro de suas prerrogativas legais, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo tem como atribuição fundamental zelar pela ética e pelo adequado desempenho da Medicina. Cabe ao seu Departamento de Fiscalização vistoriar as condições de exercício profissional bem como as condições dos serviços prestados à população⁷.

Dentre as atribuições e responsabilidades do médico fiscal está a participação de outros trabalhos do Conselho, assessorando as Comissões, as Câmaras Técnicas e a Diretoria em assuntos pertinentes à sua área de atuação⁷.

A partir dos pressupostos acima elencados, a Câmara Técnica de Psiquiatria e o Departamento de Fiscalização do Cremesp desenvolveram um trabalho conjunto com o objetivo de verificar a realidade desses estabelecimentos pretensamente de saúde, tanto do ponto de vista da organização dos serviços quanto do tratamento visando à reabilitação desses pacientes autores de delitos.

Portanto, o propósito da vistoria foi o de verificar a organização do serviço e o tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais cumprindo medida de segurança nos HCTPs do Estado de São Paulo.

Método de Trabalho

Inicialmente, foram realizadas reuniões da Câmara Técnica de Psiquiatria do Cremesp com os médicos fiscais com o objetivo de alinhar conceitos, revisar legislações sanitárias e judiciárias sobre atenção

psicossocial e planejar as vistorias. Foram desenvolvidos dois instrumentos para coleta de dados:

- Roteiro de Vistoria – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP – Instrumento de Avaliação;
- Roteiro de Vistoria – Instrumento de Avaliação de Casos Amostrais - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP.

Paralelamente foram solicitadas informações à Secretaria de Administração Penitenciária sobre as instituições que seriam fiscalizadas e dados referentes aos indivíduos internados e cumprindo medida de segurança.

O modelo dos roteiros de vistoria utilizados neste trabalho encontram-se nos anexos dessa publicação.

As fiscalizações geraram relatórios específicos de cada estabelecimento que foram encaminhados aos órgãos competentes. O cenário relatado descreve a situação encontrado nos HCTPs como um todo. A reflexão que se propõe é se a estrutura física e assistencial desses equipamentos promove de fato o cuidado e a reabilitação psicossocial dos indivíduos portadores de transtornos mentais autores de delitos.

Características gerais dos Hospitais de Custódia vistoriados

Esses equipamentos estão sob gestão da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária de São Paulo. São unidades públicas de internação, cujos internos são oriundos, na sua quase totalidade, do sistema carcerário da Grande São Paulo. Todos estes hospitais de custódia apresentam baixa complexidade tanto do ponto de vista dos serviços médicos oferecidos quanto da estrutura tecnológica instalada.

Os três hospitais vistoriados foram:

HCTP Professor André Teixeira Lima – Conhecido como HCTP I, fica no município de Franco da Rocha, na Grande São Paulo. É um equipamento que dispõe de 569 leitos. Tem estrutura física pavilho-nar e algumas das enfermarias albergam mais de cinquenta pacientes no mesmo espaço.

HCTP II – Hospital de “desinternação progressiva” também localizado em Franco da Rocha. É um hospital de grande porte, dispendo de 237 leitos. Tem estrutura física pavilhonar, onde mais de cinquenta pacientes estão instalados no mesmo ambiente das enfermarias.

HCTP Dr. Arnaldo Amado Ferreira – Localiza-se no município de Taubaté, no Vale do Paraíba. É um aparelho de grande porte, dispendo de 258 leitos ocupados, destinados exclusivamente para homens. Os pacientes são acomodados em estruturas de celas.

Referência e Contrarreferência

Há mecanismo específico formal para referência e contra-referência entre os hospitais de custódia e a rede SUS/Saúde Mental do Estado da região de moradia do paciente. Na ocasião da alta, os hospitais se articulam preferencialmente com os CAPS ou com as Unidades Básicas de Saúde^{8,9,10}.

No entanto, não há referência formal para atendimentos de emergência e consultas agendadas no município em que os hospitais de custódia estão localizados, o que compromete a assistência aos pacientes.

Campo de Estágio e Pesquisa

Há campo de estágio na área de psicologia e serviço social, mas não em todos os equipamentos. No momento da vistoria, não havia pesquisa em desenvolvimento em nenhum dos três hospitais fiscalizados.

Comissões Obrigatórias e Estrutura Organizacional

Nos três hospitais de custódia não há comissões estruturadas e/ou ativas de ética médica, de revisão de prontuário, de revisão de óbitos, de controle de infecção hospitalar, de farmácia/medicamentos ou de ensino e pesquisa^{11, 12,13}. Nenhuma das unidades vistoriadas possui regimento interno de corpo clínico. Nem todos os estabelecimentos têm organograma, regulamento interno e normas/rotinas de áreas assistenciais¹⁴.

Recursos Humanos

Nos três hospitais de custódia há déficit importante de recursos humanos de profissionais de saúde, sobretudo de médicos psiquiatras e clínicos, por conta do seu porte. Existe insuficiência de profissionais também nas áreas de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, nutrição clínica e educação física.

A insuficiência de médicos psiquiatras diaristas prejudica a assistência longitudinal aos pacientes. Os plantonistas atendem às intercorrências, mas devido ao caráter pontual das intervenções, não há como dar conta da integralidade do cuidado aos pacientes. A carência de recursos humanos observada é de tal magnitude que o psiquiatra fica de plantão à distância para o caso de haver alguma intercorrência. No entanto, em alguns períodos não há sequer médicos plantonistas à distância. Em diversos períodos diurnos e noturnos, não há médicos nos HCTPs, em flagrante desacordo com as normas sanitárias, expondo os pacientes à situação de extrema desassistência. Nem todos os hospitais dispõem de médicos clínicos para a demanda potencial de intercorrências médicas¹⁰.

Unidade Assistencial

Os hospitais possuem espaço para atendimento médico individual e o número de consultórios varia de três a cinco nos diferentes estabelecimentos. Entretanto, foram observadas várias inconformidades em relação às legislações sanitárias vigentes. Foi verificada carência de materiais adequados para a realização de exame físico, falta de maca e ambientes precariamente conservados, apresentando sujidades nas paredes, umidade e infiltração. Em outros consultórios, havia falta de conjunto de pia e material para higiene das mãos^{8,15,16}.

Não há espaço específico para atendimento de emergências nestes hospitais, assim como há irregularidade tanto no conjunto de equipamentos de emergência como na capacitação dos profissionais para operá-los.

As salas de observação não dispõem de rede de gases instalada, e também não estão adequadamente estruturados os leitos de isolamento.

Sala de Medicação – Instalações e Equipamentos

As salas próprias para medicação dispõem de conjunto completo de pia com bancada e recipiente adequado para descarte de material pérfuro-cortante. As medicações são aplicadas por auxiliar ou técnico de enfermagem sem privacidade para os pacientes. Em todos os hospitais os medicamentos estão dentro do prazo da validade.

Há armazenamento em refrigerador de imunobiológicos com controle regular de temperatura. As vacinas disponíveis são três: duplo adulto (difteria e tétano), hepatite B e antitetânica^{9,10,17,18}.

Em nenhum hospital há sala própria para inalação. Quando necessário, o procedimento é feito na sala de observação com oxigênio.

Evidenciou-se a disponibilidade de medicamentos psicotrópicos e registro de estoque e validade dos mesmos.

Há disponibilidade e utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) nos HCTPs.

Instalações Físicas

Os três Hospitais apresentam inadequações nas instalações físicas. O espaço é pequeno para o contingente de internos abrigados. Mesmo quando o número de leitos planejados é superior ao número de leitos operacionais, observa-se que há superpopulação de pacientes. Nas enfermarias com mais de 50 leitos, a distância entre os leitos é mínima, estando os espaços de internação abaixo do preconizado pela legislação^{8,15,16}. Tal situação interfere no conforto térmico e ventilação no local, propiciando um maior risco de transmissão de agentes infecciosos.

Nos diferentes pavilhões observamos celas e enfermarias com janelas sem vidro, colchonetes sem revestimento e falta de enxoval para as camas, que praticamente inexistem.

As condições de higiene e limpeza são precárias em todas as enfermarias fiscalizadas. Pudemos observar paredes com infiltração de umidade, tetos sem forro, janelas sem vidro e sem funcionamento, impossibilitando isolamento térmico e luminoso adequados.

Nas enfermarias, o número tanto de privadas sanitárias quanto de chuveiros varia de 2 a 3, instaladas em latrinas no chão. Há falta de material de higiene e lixeiras com tampa.

Há área externa para convivência comum nos três estabelecimentos. Entretanto, nem todos possuem área interna estruturada para tal atividade. Ainda foi verificada a existência de quarto forte. As instituições não apresentam estrutura com característica hospitalar.

Projeto Terapêutico do Hospital de Custódia

Há referência de projeto terapêutico institucional e individual nos hospitais de custódia, entretanto foi verificada precariedade no registro dos mesmos^{9,10,17,18}.

Existe acompanhamento dos internos por equipe multiprofissional, formada por psicólogo, assistente social, enfermeiro e médico psiquiatra. Entretanto, os profissionais registram seus atendimentos isoladamente.

Em relação à qualificação dos médicos psiquiatras não foi possível assegurar a formação da maioria dos profissionais atuantes nessas instituições. Não verificamos registro de certificados ou diplomas de residência, especialização ou pós-graduação na área de psiquiatria.

O número médio de atendimentos individuais prestados pelos profissionais psiquiatras a cada um dos pacientes seria de uma vez por mês. No entanto, a consulta aos prontuários confirmou frequência bem menor de atendimentos médicos aos pacientes.

Os psicólogos realizam de dois a três atendimentos individuais mensais e nesta mesma frequência os assistentes sociais e enfermeiros. Novamente, a consulta aos prontuários dos pacientes não confirma essa frequência de atendimentos, sendo precária a assistência aos pacientes.

Os psicólogos realizam atendimento em grupo e alguns dedicam metade de sua carga horária para este tipo de atividade. No entanto, não há regularidade na participação dos psiquiatras em tal abordagem terapêutica.

A frequência das reuniões clínicas é variável nas diferentes instituições, que ocorreriam em geral de duas a quatro vezes ao mês. No entanto, não foi verificado nenhum registro das mesmas.

Os contatos com os familiares dos pacientes são programados e a sua periodicidade é variável, de semanal a, eventualmente, trimestral. Tais contatos são realizados pelos psicólogos ou pelas assistentes sociais. Os mecanismos de comunicação empregados pelo hospital para contato com os familiares são reuniões previamente agendadas, entrevistas, ligações telefônicas, telegrama ou Rede SAP (Secretaria da Administração Penitenciária). No entanto, há muitas famílias que não são contatadas.

Os meios de comunicação dos pacientes com seus familiares através da utilização de cabines telefônicas são constrangidos total ou parcialmente nos estabelecimentos. Em nenhum hospital há permissão para utilização de telefone celular.

Existem programas educacionais para os pacientes e alguns estão cursando ensino fundamental.

Há programas de trabalho remunerado para pacientes nos três estabelecimentos.

As iniciativas de trabalho voluntário são realizadas, sobretudo por entidades religiosas.

Há assistência espiritual até três vezes por semana, oferecida por diversas religiões tais como a católica, evangélica, batista e espírita.

Quando necessário, os mecanismos de restrição utilizados para os pacientes é a contenção mecânica ao leito. No entanto, o protocolo de abordagem da agitação psicomotora não está padronizado em todas as instituições e tampouco o treinamento para contenção mecânica é realizado.

Perícias

Em relação à periodicidade da realização das perícias de verificação de cessação de periculosidade no programa do hospital de custódia, a perícia inicial ocorre de um a três anos após a internação dos

pacientes nas diferentes instituições. Depois disso, as perícias ocorrem anualmente, inclusive por meio de mutirões organizados visando reduzir a demanda, uma vez que há falta de peritos contratados para esse fim nos hospitais. As perícias nos mutirões são realizadas por médicos que não fazem parte do corpo de peritos dos hospitais.

Considerando um intervalo de seis meses, há acompanhamento jurídico regular dos casos, com visita do advogado da Fundação “Prof. Dr. Manoel Pedro Pimentel” de Amparo ao Preso (Funap) ao estabelecimento uma ou duas vezes por semana.

Por ocasião da vistoria, havia nos três hospitais vinte e seis pacientes com medida de segurança extinta aguardando vaga em hospital psiquiátrico comum e também três pacientes indultados aguardando alta hospitalar, em franco desrespeito às normas legais.

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Os três hospitais de custódia não dispõem de laboratório de análises clínicas, realizando as coletas de exames e encaminhando-as para processamento fora do hospital. Não há também métodos gráficos como eletroencefalografia e tampouco radiologia geral.

A inexistência de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico dentro desses estabelecimentos demonstra a baixa complexidade dos serviços assistenciais e tecnológicos oferecidos, apesar do grande número de indivíduos internados. Este fato é incompatível com a assistência e resolutividade mínimas de uma estrutura hospitalar.

Farmácia

Foi verificado que nem todos os hospitais de custódia possuem farmacêuticos, ficando a dispensação de medicamentos a cargo da enfermagem, em divergência com a resolução regulamentadora específica¹⁹.

Por ocasião da fiscalização, não foi verificada ausência de medicamentos nos três equipamentos, cujas farmácias também utilizam padronização de drogas. Em todas as unidades, os psicofármacos são guardados em armários chaveados e há registro em livro próprio

do movimento das drogas controladas e datas de vencimento dos medicamentos estocados.

Serviço de Nutrição e Dietética

Nos hospitais em que o Serviço de Nutrição e Dietética (SND) é terceirizado, há duas nutricionistas contratadas. Onde o serviço é próprio, existe um agente de segurança penitenciária responsável pelo setor, em desvio de função, e pacientes auxiliando na cozinha. Contudo, mesmo onde as empresas de nutrição são contratadas existe trabalho dos internos.

Existe padronização das dietas e cada paciente recebe cinco refeições ao dia. Em um dos hospitais, os pacientes estavam recebendo o almoço em marmitas, pois o contrato com a empresa terceirizada havia terminado. As condições de higiene tanto na cozinha, quanto no refeitório deste estabelecimento eram precárias e inapropriadas. A cozinha e as salas de armazenamento de alimentos apresentavam infiltração de água nas paredes, com mofo, acúmulo de água no chão e os refrigeradores de carne exalavam um cheiro fétido que se espalhava até o local onde os internos almoçavam.

Serviços Gerais

Em relação aos serviços gerais dos HCTPs, o que se observa é que, além de sua grande precariedade, o trabalho é conduzido basicamente por agentes de segurança penitenciária, que são deslocados de sua função primordial, bem como por pacientes que têm seu trabalho explorado nesses setores, contrariando as normas para tratamento de pacientes com transtornos mentais graves. Tal situação acontece porque os HCTPs carecem de mão-de-obra para a realização a contento de seus serviços gerais.

Lavanderia

O serviço de lavanderia é próprio em um dos hospitais, onde trabalham doze funcionários e não há participação de internos. Nos outros dois estabelecimentos, o serviço de lavanderia é todo realizado

pelos internos e gerenciado por agentes de segurança penitenciária, também em desvio de função. Em um dos hospitais, o trabalho é feito em condições muito adversas, pois a máquina lavadora, a centrífuga e a secadora estavam em condições precárias de funcionamento por falta de manutenção (CNPCCP, 2010).

Higiene Hospitalar

O serviço de higiene hospitalar é próprio em um dos estabelecimentos. Há 26 funcionários trabalhando no setor, mas há também internos participando da limpeza. Nos outros dois hospitais, o serviço de higiene é realizado inteiramente pelos próprios pacientes. Em nenhum equipamento existe normatização para o processo de higienização em geral. Não há coleta seletiva de lixo dentro dos hospitais.

Segurança

Os hospitais de custódia possuem serviços de segurança próprios, realizados pelos próprios agentes de segurança penitenciária. Em apenas um dos hospitais há segurança armada, que é realizada pelos agentes de escolta e vigilância penitenciária. Foi informado que esses agentes não têm contato com os internos, permanecendo apenas na segurança das muralhas do hospital.

Prontuários

Os hospitais possuem tanto o prontuário de saúde quanto o penitenciário dos pacientes.

Os prontuários de saúde não são preenchidos adequadamente com história clínica, evoluções, prescrições e observações médicas. Há anotações do médico psiquiatra no prontuário dos pacientes, mas não de maneira sistemática. Outros profissionais também registram seus atendimentos no prontuário do paciente como psicólogos, assistente social e eventualmente os agentes de segurança penitenciária.

Os pacientes agudos não recebem o mínimo de três evoluções por semana. Tampouco os pacientes crônicos recebem o mínimo de uma

evolução e uma prescrição por semana, deixando clara a precariedade na assistência aos pacientes.

Os pacientes não têm registrados em seus prontuários os episódios de agudização de seu quadro clínico.

Na maioria dos prontuários não foram verificadas anotações de acompanhamento por médico clínico ou registro de exames complementares realizados no último ano, bem como registro de atendimento por assistentes sociais no último mês e tampouco registro de contato com familiares no último ano.

Não há dados relativos aos tratamentos psiquiátricos realizados previamente, dentro e fora do regime custodial.

Em relação às prescrições, foram observadas incongruências entre a grafia da evolução médica e a prescrição, denotando que em muitos casos não era o médico que fazia a prescrição médica dos pacientes.

Muitos pacientes recebem prescrição de múltiplas drogas de ação central em associação como, por exemplo haloperidol, olanzapina, prometazina, diazepam, flufenazina, nitrazepam, midazolan. Há situações de clara polifarmácia de remédios psicotrópicos.

Há disponibilidade do prontuário penitenciário para avaliação médica, mas não há anexação no prontuário médico dos exames periciais e conclusão das avaliações periciais dos pacientes.

Nos prontuários penitenciários, não há registros precisos sobre o tempo verificado entre as perícias realizadas anteriormente à internação dos pacientes nos HCTPs. É conhecida a data da prisão por ocasião do delito. Está registrada no prontuário a data da primeira perícia psiquiátrica de verificação de cessação de periculosidade e as demais ocorridas, permitindo verificar a frequência de ocorrência das mesmas ao longo da internação.

Análise de Dados:

Instrumento de Avaliação dos Casos da Amostra

Foi utilizado protocolo específico para coleta de dados dos prontuários constando de: identificação, características jurídicas do caso,

história médica do interno, prontuários, registros e dados periciais.

Foram analisados de cinco a seis prontuários tomados aleatoriamente em cada hospital de custódia. Pudemos observar que não foi possível, pelo presente instrumento, a coleta de diversos dados, pela total ausência de informações referentes a dados administrativos, clínicos e assistenciais.

Conclusão

A condição de portadores de transtornos mentais, em sua vulnerabilidade, agregada à falta de profissionais especializados na abordagem a tais pacientes, tanto em número quanto em qualificação, juntamente com a estrutura física inadequada e condições sanitárias precárias, caracterizam o cenário de desassistência a que é submetida esta população de pacientes. Adicionalmente, a falta de autonomia devido à privação de liberdade pelos delitos também contribui para a exclusão desta população do acesso a recursos terapêuticos externos, além daqueles que são oferecidos pelo Estado. Sendo assim, essa população de pacientes em medida de segurança de internação encontra-se bastante desassistida, sendo os HCTPs estruturas que estão longe de serem verdadeiramente unidades de saúde.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Parecer final sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei N° 10.216/2001. Brasília: Ministério Público Federal/Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; 2011, 85p.
2. Oliveira RA, Cordeiro Q, Lima MGA, organizadores. Transtorno Mental e Perda de Liberdade. São Paulo: Cremesp; 2013.
3. Brasil. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1:2.
4. Marafiga CV, Coelho ER, Teodoro MLM. A alta progressiva como meio de reinserção social do paciente do manicômio judiciário. Mental. 2009;7(12):77-95
5. Carrara S. Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário a passagem do século. São Paulo: Ed. USP; 1998.
6. Mamede MC. Cartas e retratos: uma clínica em direção à ética. São Paulo: Altamira; 2006.
7. Puccini PT, organizador. Manual de fiscalização: normas e rotinas para a ação do médico fiscal do Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). São Paulo: CREMESP; 2008.
8. Brasil. Ministério da Saúde Secretária Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992. Diretrizes e Normas para o Atendimento Ambulatorial/Hospitalar em Saúde Mental. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Seção 1, p. 1168.
9. Brasil. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Portaria n. 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 4 fev. 2002. Seção 1, p. 52.
10. Brasil. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução n. 4, de 30 de julho de 2010. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 2 ago. 2010. Seção 1, p.38.
11. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 1812, de 11 de janeiro de 2007. Altera o art. 6º da Resolução CFM nº 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002, publicada em 20 de dezembro de 2002, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabe-

- lecimentos de saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 27 fev. 2007. Seção 1, p. 218.
12. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 1638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 153, 9 ago. 2002. Seção 1, p. 184-5.
 13. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução n. 114, de 01 de março de 2005. Torna obrigatória a Comissão de Revisão de Óbitos nos Hospitais do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, n. 55, de 23 mar. 2005. Seção 1.
 14. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 1481, de 08 de agosto de 1997. Determina que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes desta Resolução. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 172, 8 set. 1997. Seção 1, p. 19.802.
 15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 54, 20 mar. 2002. Seção 1.
 16. Brasil. Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial n. 1777, de 09 de setembro de 2003. Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 11 set 2003. Seção 1, p. 39-43.
 17. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 147, de 25 de agosto de 1994. Ampliar o item 4.2 da PT MS/SNAS n.º 224/92, de 29.1.92. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 29 ago. 1994. Seção 1, p. 12.967.
 18. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE. Coordenação de Saúde Mental. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares –PNASH. Versão Hospitais Psiquiátricos. 2003[on-line]. [Acessado em: 22 jan.2014]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/pnashpsi/PNASH%20PSIQ%20-%20Versao%202003.pdf>
 19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução n. 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2009. Seção 1, p. 78-81.

Anexos

ANEXO 1

ROTEIRO DE VISTORIA

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO – HCTP

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

ANEXO 2

ROTEIRO DE VISTORIA

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO – HCTP

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS CASOS DA AMOSTRA

ANEXO 1

ROTEIRO DE VISTORIA

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO – HCTP INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do estabelecimento:

Endereço:

Bairro:

Município:

Telefone:

Fax:

Diretor Responsável:

Nº CRM:

Diretor Clínico:

Nº CRM:

2. NATUREZA DO SERVIÇO

Tipo de serviço: Internação () Desinternação ()

3. ORIGEM DOS INTERNOS

- Grande São Paulo
- Outros municípios de São Paulo
- Outros Estados
- Se Outro Estado, Qual:

4. REFERÊNCIA/ CONTRA-REFERÊNCIA

4.1 Há mecanismos específicos para referência e contra-referência entre o hospital e a rede SUS-Saúde Mental do Estado – Região de moradia?

4.2 Com quem o HCTP articula-se no Pós-Alta (Último Ano)?

- Outros Hospitais da rede de saúde mental
- CAPS
- UBS
- Outros serviços da SAP
- Não tem referência organizada
- Apontar as dificuldades existentes:

5. HÁ ENSINO NO LOCAL (CAMPO DE ESTÁGIO)?

6. HÁ PESQUISA NO LOCAL?

7. COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

- 7.1 C.E.M.
- 7.2 C.C.I.H.
- 7.3 C.REVISÃO PRONTUÁRIO
- 7.4 C.FARMÁCIA/MEDICAMENTOS
- 7.5 C.ENSINO/PESQUISA
- 7.6 C.INT.PREV.ACIDENTES

8. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

O Hospital de Custódia possui?

- 8.1 Organograma
- 8.2 Regimento Interno Corpo Clínico
- 8.3 Regulamento Interno
- 8.4 Normas/rotinas áreas assistenciais
- 8.5 Residência Médica
- 8.6 Pesquisa/pós-graduação
- 8.7 Serviços Terceirizados. Quais?

9. UNIDADE ASSISTENCIAL

9.1 O Hospital possui?

- 9.1.1 Espaço para atendimento médico individual
- 9.1.2 Espaço para atendimento de Urgência/Emergência
- 9.1.3 Setor de Internação para intercorrências clínicas (Sala de Observação)

9.2 Carro de emergência

- 9.2.1 O HCTP tem de carro de emergência?
- 9.2.2 Se sim, o carro de emergência é composto por:
 - 9.2.2.1 Desfibrilador
 - 9.2.2.2 Monitor cardíaco
 - 9.2.2.3 Laringoscópio e suas lâminas

9.2.2.4 AMBU e máscaras

9.2.2.5 Cânulas de intubação endotraqueal

9.2.2.6 Sondas de aspiração

9.2.2.7 Cateter vascular

9.2.2.8 Os insumos estão dentro da validade de esterilização?

9.2.2.9 Drogas utilizadas nas manobras de recuperação cardio-respiratória?

9.2.2.10 As drogas estão dentro do prazo de validade?

9.3 Sala de medicação (instalações e equipamentos)

9.3.1 Existe sala própria para medicação? Se NÃO, onde é realizada?

Se SIM, como está organizada?

9.3.2 Dispõe de conjunto completo de pia, com bancada?

9.3.3 Dispõe de recipiente adequado para descarte de material perfuro cortante?

9.3.4 Há privacidade para a aplicação de medicação nos pacientes?

9.3.5. A medicação é aplicada por auxiliar ou técnico de enfermagem?

9.3.6 Os medicamentos e insumos estão dentro do prazo de validade?

9.3.7 O armazenamento e aplicação do Imunobiológico está de acordo com as normas preconizadas?

9.3.8 Existe sala própria para inalação? Se NÃO, onde são realizadas?

Se SIM:

9.3.8.1 Dispõe de conjunto completo de pia com bancada?

9.3.8.2 As máscaras e cachimbos são adequadamente higienizadas?

9.3.8.3 O local tinha boas condições de higiene?

9.4 Informar o n° de leitos planejados e operacionais do hospital:

9.4.1 Número de leitos planejados para os internos

9.4.2 Número de leitos operacionais para os internos

9.5 Instalações físicas

9.5.1 A área física é adequada?

9.5.2 A distância entre os leitos nos espaços de internação é adequada?

9.5.3 O número de pacientes por enfermaria é adequado?

9.5.4 As condições de higiene e limpeza das enfermarias são adequadas?

9.5.5 Há posto de enfermagem no espaço de cuidados dos internos?

9.5.6 Há carro de parada / material de atendimento de emergência no hospital?

9.5.7 Os equipamentos de emergência funcionam adequadamente?

9.5.8 Há disponibilidade de cilindros de O2?

9.5.9 Há falta de medicamentos e insumos no hospital?

9.5.10 Há disponibilidade de medicamentos psicotrópicos e controle?

9.5.11 Há medicamentos ou insumos fora do prazo de validade?

9.5.12 Há área para convivência comum /lazer interna?

9.5.13 Há área para convivência comum /lazer externa?

Observações:

9.6 Há superpopulação de pacientes?

9.7 Existe quarto forte?

9.8 Há outros mecanismos de restrição/contenção dos pacientes? Quais?

9.9 Há cerceamento ou constrangimento nos meios de comunicação dos pacientes?

Observações:

10. HÁ PROJETO TERAPÊUTICO DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA?

10.1 Há projeto terapêutico individualizado?

10.2 Existe acompanhamento por equipe multiprofissional aos internos?

10.3 Quais profissionais participam do trabalho multiprofissional?

10.3.1 Médicos (Psiquiatras - Clínicos - Plantonistas)

10.3.2 Psicólogos

10.3.3 Terapeutas Ocupacionais

10.3.4 Assistentes Sociais

10.3.5 Enfermeiros

10.3.6 Educador Físico

10.3.7 Médicos:

10.3.7.1 Quantos apresentam Residência em Psiquiatria:

10.3.7.2 Quantos apresentam Especialização em Psiquiatria pela ABP:

10.3.7.2 Quantos apresentam Especialização em Psiquiatria Forense pela ABP:

10.3.7.3 Quantos apresentam Mestrado:

10.3.7.4 Quantos apresentam Doutorado:

10.3.8 Qual a frequência média de atendimentos mensais aos pacientes?

● Médico

- Psicológico
 - Terapeuta Ocupacional
 - Assistente Social Enfermagem
- 10.4 Existe acompanhamento por médico clínico de rotina dos internos na unidade?
- 10.5 Tempo semanal dos profissionais destinado ao atendimento individual aos internos (em horas semanais)?
- Médico Psiquiatra
 - Psicólogo
- 10.6 Tempo semanal dos profissionais destinado ao atendimento em grupo para os internos (em horas semanais)?
- Médico Psiquiatra
 - Psicólogo
- 10.7 Existe reuniões clínicas da Equipe Técnica?
- 10.7.1 Periodicidade das reuniões clínicas:
- 10.8 Existe contato/reuniões com os familiares dos pacientes?
- 10.8.1 Estas reuniões são programadas?
- 10.8.2 Periodicidade:
- 10.8.3 Técnicos responsáveis pelos contatos:
- 10.8.4 Quais os mecanismos de relacionamento entre o Hospital e os familiares dos pacientes internados?
- 10.9 Existe protocolo para abordagem da agitação psicomotora?
- 10.10 Existe protocolo para contenção mecânica?
- 10.11 Existe treinamento de contenção mecânica?
- 10.12 Que profissional dispensa medicamentos aos pacientes?

11. PERÍCIAS

- 11.1 Periodicidade da realização das perícias de verificação de cessação de periculosidade no programa do Hospital de Custódia?
- 11.2 A periodicidade da realização das perícias de verificação de cessação de periculosidade é seguida?
- 11.3 Se não, quais as razões?
- 11.4 Há sempre acompanhamento jurídico dos casos (últimos 6 meses)?
- Receberam visita de defensor ou advogado
 - Sem visita de defensor ou advogado

11.5 Como se dá o processo para alta hospitalar?

● Fluxo e roteiro do Hospital

11.6 Quantos pacientes encontram-se nos HCTPs com medida de segurança extinta?

12. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA E PSIQUIÁTRICA

12.1 Laboratório:

12.1.1 O Hospital tem disponibilidade de encaminhamento de material para Laboratório de Análises Clínicas?

12.1.2 Qual o laboratório de Referência?

12.1.3 Tempo de espera de resultados (em dias)?

12.2. Métodos Gráficos:

12.2.1 O Hospital conta com o serviço de EEG próprio ou referenciado?

12.2.2 Qual o laboratório de Referência?

12.2.3 Tempo de espera de resultados?

12.3 Diagnóstico por imagem:

12.3.1 O Hospital tem disponibilidade de serviço de radiologia/imagem para encaminhamento dos internos se necessário?

12.3.2 Qual a referência?

12.3.3 Tempo de espera para RX comum

12.3.4 Tempo de espera para RNM 12.3.5 Tempo de espera para TC

13. TERAPIA OCUPACIONAL

13.1 O Hospital conta com as atividades de Terapia Ocupacional?

13.2 Há sala para atividades de Terapia Ocupacional?

13.3 Há salas para atividades de lazer?

13.4 Há profissionais coordenando estas atividades?

14. FARMÁCIA

14.1 Há falta de medicamentos nesta data? Quais?

14.2 Há padronização de medicamentos?

14.2.1 Os medicamentos padronizados estão disponíveis na farmácia?

14.2.2 Anexar lista de padronização

14.3 A Farmácia trabalha com o sistema:

ANEXOS

- 14.3.1 convencional
- 14.3.2 dose unitária
- 14.3.3 dose individualizada
- 14.4 Os medicamentos psico-fármacos são guardados em armários chaveados?
- 14.5 Há registro em livro do movimento das drogas controladas?
- 14.6 Há controle de datas de vencimentos dos medicamentos estocados?
- 14.7 Nome do responsável
- 14.8 Número de Farmacêuticos
- 14.9 Horário de funcionamento da Farmácia

15. SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND)

- 15.1 O SND é:
 - 15.1.1 Próprio
 - 15.1.2 Contratado
- 15.2 Número de refeições produzidas por dia:
- 15.3 Há padronização de dietas?
- 15.4 Número de funcionários do SND:
- 15.5 Realizam-se exames periódicos nos funcionários do SND?
- 15.6 Nome do nutricionista responsável pelo SND:
- 15.7 Quantos pacientes auxiliam na Cozinha?

16. SERVIÇOS GERAIS

- 16.1 Lavanderia:
 - 16.1.1 O Hospital de Custódia dispõe de lavanderia?
 - 16.1.2 O serviço é próprio ou contratado
 - 16.1.3 Os internos realizam trabalho no local?
 - 16.1.4 Há padronização para o processamento da lavagem da roupa?
 - 16.1.5 Quantidade de roupa lavada por mês em kg.
 - 16.1.7 Realizam-se exames médicos periódicos em funcionários/internos da lavanderia
- 16.2. Higiene Hospitalar:
 - 16.2.1 O Serviço de Higiene Hospitalar é próprio ou contratado?
 - 16.2.2 Há normatização para o processo de higienização em geral?
 - 16.2.3 Há coleta seletiva de lixo?
 - 16.2.4 Número de funcionários do setor de limpeza:

16.2.5 Os Internos participam do trabalho de limpeza?

16.3 Segurança

16.3.1 O Hospital de Custódia e Tratamento possui serviço de segurança?

16.3.2 O Serviço de Segurança é próprio ou contratado?

16.3.3 A Segurança é armada?

17. SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA (SAME)

17.1 O Hospital possui prontuário de saúde de pacientes?

17.2 O Hospital possui prontuário jurídico de pacientes?

17.3 Os prontuários são preenchidos adequadamente, com história clínica, evoluções clínicas, prescrições e observações médicas?

17.4 Há anotações do médico psiquiatra no prontuário dos pacientes?

17.5 Outros profissionais anotam no prontuário do paciente? Quais?

17.6 Os pacientes agudos recebem no mínimo 3 evoluções e 1 prescrição por semana?

17.7 Os pacientes crônicos recebem no mínimo 1 evolução e 1 prescrição por semana?

17.8 Há disponibilidade do prontuário jurídico para avaliação médica?

17.9 Há anexação no prontuário médico dos exames periciais e conclusão da avaliação pericial?

18. RECURSOS HUMANOS

Informar o número de funcionários do Hospital de Custódia:

Profissionais da saúde, Número e Carga horária total

18.1 Médicos 18.1.1 Psiquiatras 18.1.2 Plantonistas 18.1.3 Diaristas

18.2.1 Clínicos 18.2.2 Plantonistas 18.2.3 Diaristas

18.3 Enfermeiros

18.4 Auxiliares de enfermagem

18.5 Técnicos de enfermagem

18.6 Atendentes de enfermagem

18.7 Terapeutas ocupacionais

18.8 Assistentes sociais

18.9 Psicólogos

18.10 Educador físico

Outros profissionais por categoria

Número total de funcionários do hospital

19. INFORMAÇÕES GERAIS

- 19.1 Existem programas educacionais para os pacientes?
- 19.2 Existem programas de trabalho remunerado para os pacientes?
- 19.3 Existem iniciativas de trabalho voluntário? Se sim, quais são elas?
- 19.4 Há disponibilidade e utilização de EPI nos HCTPs?
- 19.5 Há leitos de isolamento de contato?
- 19.6 Há leitos de isolamento respiratório?

17. INDICADORES /PRODUÇÃO DE ATENDIMENTOS (INFORMAÇÃO DOCUMENTAL)

- Informar a produção mensal (Último Ano):
- Número de pacientes dia/mês
- Número de internações/mês (entradas)
- Número de reinternações/mês
- Número de altas/mês
- Número de óbitos
- Número de evasões
- Número de saídas*
- Número de leitos operacionais
- Número de infecções hospitalares

(*) *saídas = alta + óbito + evasão e transferência*

- Percentagem de diagnósticos psiquiátricos do banco de dados
- Percentagem de casos por tipo de delito que desencadeou as medidas de segurança
- Tempo médio de permanência no Hospital de Custódia
- Percentagem de internos com internações prévias no HCTP
- Percentagem de passagens prévias no sistema prisional – Por quantidade (nenhuma anterior, uma, duas, três, mais do que três)
- N° de reincidências após tratamento ambulatorial
- N° de reincidências no período de condicional

OBSERVAÇÕES FINAIS

- Local:
- Data:
- Médico:

ANEXO 2

ROTEIRO DE VISTORIA

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO – HCTP INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS CASOS DA AMOSTRA

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome do hospital de internação:

1.2 Diretor responsável:

Nº conselho:

1.3 Diretor clínico:

Nº CRM:

1.4 Iniciais do nome do paciente:

1.5 Município de moradia

1.6 Registro do paciente:

1.7 Data da internação atual:

1.8 Tempo atual de internação:

1.9 Origem do interno:

- Grande São Paulo
- Outros municípios de São Paulo, Qual:
- Outro Estado. Se Outro Estado, Qual:

1. 10 Escolaridade (maior grau de escolaridade atingido, em anos):

2. CARACTERÍSTICAS JURÍDICAS DO CASO

2.1 Tipo de delito que desencadeou a medida de segurança atual (preferencialmente artigo do código penal):

2.2 Data do delito:

2.3 Data da sentença da medida de segurança:

2.4 Diagnósticos psiquiátricos da internação atual/CID10;

3. HISTÓRIA MÉDICA DO INTERNO

3. 1 Internações prévias no HCTP (Motivos: Diagnóstico psiquiátrico e delitos)

- Data:
- Motivo:
- Diagnósticos Psiquiátricos:

- Delitos:
 - Mais de cinco:
 - Quantos?
3. 2 Reincidências durante período de desinternação progressiva (HCTP II)
- Data:
 - Motivo:
- 3.3 Reincidências durante tratamento ambulatorial / durante período condicional (após cessação da medida de segurança)
- Data:
 - Motivo:
3. 4 Passagens prévias no sistema prisional
- Data:
 - Motivo:
 - Local:

4. PRONTUÁRIO

- 4.1 O prontuário médico do pacientes estava organizado?
- 4.2 O Hospital possui prontuário jurídico deste paciente?
- 4.3 O prontuário jurídico do paciente fica à disposição do médico responsável?
- 4.4 Os prontuários são preenchidos adequadamente, com história clínica, evoluções clínicas, prescrições e observações médicas?
- 4.5 Os prontuários possuem registros regulares das avaliações para perícia com os diagnósticos?
- 4.6 Há registro de projeto terapêutico específico no prontuário?
- Observações:
- 4.7 Existe registro de acompanhamento por equipe multiprofissional ao interno?
- 4.7.1 Há anotações do médico psiquiatra no prontuário do pacientes?
- 4.7.2 Outros profissionais anotam no prontuário do paciente? Quais?
- 4.7.3 O paciente recebeu em média 1 evolução e 1 prescrição por semana?
- 4.7.4 O paciente teve registro de episódios de agudização de seu quadro?
- 4.7.5 Há anexação no prontuário médico dos exames periciais e conclusão da avaliação pericial?
- 4.7.6 Há exames complementares no prontuário (último ano)?
- 4.8. Verificação de Prontuários

- Verificação dos registros nos prontuários de pacientes em uso de psicofármacos
- Informação registrada (marcar com X quando adequado)
- História pregressa de entrada
- Avaliação psiquiátrica inicial
- Tempo decorrido, em dias, entre a admissão do paciente e a avaliação inicial (ig = ignorado e Nr = avaliação não realizada)
- Hipótese diagnóstica
- Plano de cuidado
- Controle, acompanhamento por psiquiatra
- Controle, acompanhamento por um clínico
- Análise de prontuários
- Controle laboratorial geral
- Controle laboratorial pelo uso de medicamentos
- Verificação aleatória de 5 prontuários
- Letra legível
- Identificação do paciente
- Identificação do médico
- Evolução médica descrita e consistente
- Termo de aceite do tratamento
- Termo de internação involuntária com comunicação ao MP (caso o item não se aplique deixar em branco)

5. PROFISSIONAIS QUE ATENDERAM O PACIENTE (ÚLTIMO MÊS)?

5.1 Médicos (nome + CRM)

5.2 Psicólogos

5.3 Assistentes Sociais

5.4 Enfermeiros

5.5 Auxiliares de Enfermagem

5.6 Outros profissionais. Quais ?

5.7 Existiu acompanhamento por médico clínico da rotina do interno (Último ano)?

5.8 Existiu contato/reuniões com os familiares do interno (Último ano)?

5.9 Qual o(s) técnico(s) foram responsáveis pelos contatos se existiram:

5.10 Quais os mecanismos de relacionamento foram utilizados entre o Hospital e os familiares dos paciente?

6. DADOS PERICIAIS

- 6.1 Tempo entre a prisão e a primeira perícia psiquiátrica (perito do Juiz: incidente de insanidade mental):
- 6.2 Tempo entre a primeira perícia psiquiátrica e o primeiro tratamento psiquiátrico:
- 6.3 Tempo entre a primeira perícia psiquiátrica e a internação no HCTP:
- 6.4 Quantas perícias psiquiátricas foram realizadas desde a primeira perícia:
- 6.5 Tempo entre a internação no HCTP e a primeira perícia de verificação de cessação de periculosidade (realizada no HCTP):

7. OBSERVAÇÕES FINAIS

- Local:
- Data:
- Médico:



CREMESP

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Rua da Consolação, 753 – Centro – São Paulo – SP
01301-910 – Tel: (11) 3017-9300
www.cremesp.org.br

ISBN978-85-89656-21-4



9 788589 656214