



# Hospitais de custódia, tratamento psiquiátrico e violação dos direitos humanos

---

- Hospitales de custodia, tratamiento psiquiátrico y la violación de los derechos humanos
- Custody hospitals, psychiatric treatment and violation of human rights

Kalline Flávia Silva de Lira<sup>1</sup>

**Resumo:** A história da saúde mental é perpassada por crenças que acabaram levando a pessoa com transtorno mental à exclusão e ao isolamento em instituições psiquiátricas, que durante muito tempo foram ditas como único espaço de tratamento. Nesses locais prevaleciam os maus-tratos, o desrespeito e a violência. Algumas experiências exitosas pelo mundo, como na Itália, trouxe a possibilidade do tratamento extramuros. A desinstitucionalização dos doentes mentais começou a ser realizada quando se percebeu que um tratamento em serviços abertos de base territorial e comunitária era possível. No Brasil, foi a Lei nº 10.216/2001 que propôs a progressiva extinção dos manicômios e teve como principal avanço expressar os direitos das pessoas com transtornos mentais. Os leitos psiquiátricos foram gradativamente diminuindo, ao passo que o número de CAPS crescia. No que concerne ao louco infrator, os avanços ainda são pequenos. Apesar de serem considerados inocentes, de forma geral são presos nos manicômios judiciários. Baseando-se na legislação brasileira, entendemos que essa internação viola os direitos humanos do louco infrator, visto que a internação segrega e geralmente não é recurso terapêutico. Não obstante os avanços trazidos pela Reforma Psiquiátrica são fundamen-

---

1 Psicóloga, mestre em Direitos Humanos pelo Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos da Universidade Federal de Pernambuco.

tais e devem continuar a mobilizar a sociedade em busca extinção dos manicômios e da afirmação dos direitos das pessoas com transtorno mental.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Louco infrator. Direitos humanos.

**Resumen:** La historia de la salud mental está impregnada de las creencias que terminaron por llevar a la persona con trastorno mental a exclusión y el aislamiento en instituciones psiquiátricas, que durante mucho tiempo se ha dicho que el solo espacio del tratamiento. En estos lugares, sucedieron abuso frecuente, falta de respeto y la violencia. Algunas experiencias exitosas en todo el mundo, como en Italia, trajo la posibilidad de tratamiento extramural. La desinstitucionalización de los enfermos mentales comenzó a realizarse cuando se dieron cuenta de que un tratamiento en servicios a la comunidad con una base territorial y cerrados era posible. En Brasil, fue la Ley nº 10.216 / 2001 que propuso la eliminación gradual de los asilos y su principal avance expresar los derechos de las personas con trastornos mentales. Camas psiquiátricas estaban disminuyendo gradualmente, mientras que el número de CAPS creció. En lo que respecta al delincuente loco, los avances son aún pequeños. A pesar de ser declarado inocente, en general, se encuentran atrapados en los hospitales psiquiátricos forenses. Con base en la ley brasileña, creemos que esta admisión viola los derechos humanos del loco, ya que las segregaciones de hospitales y en general no es un recurso terapéutico. A pesar de los avances proporcionados por la Reforma Psiquiátrica es esencial y debe continuar movilizar a la sociedad en busca extinción de los asilos y la afirmación de los derechos de las personas con trastorno mental.

**Palabras clave:** Salud mental. Loco infractor. Derechos humanos.

**Abstract:** The history of mental health is pervaded by beliefs that ultimately led to mental patients to exclusion and isolation in mental institutions, which have long been told as a single treatment space. These places were prevalent mistreatment, disrespect and violence. Some successful experiences around the world, as in Italy, brought the possibility of treatment extramural. The deinstitutionalization of the mentally ill began to be realized when it was realized that an open treatment services and community-based land was possible. In Brazil, was the Law 10.216/2001 who proposed the phasing out of mental institutions and was mainly express advance the rights of people with mental disorders. The psychiatric beds were gradually decreasing, while the number of CAPS grew. Regarding the offender madman, advances are still small. Despite being acquitted in general are stuck in forensic psychiatric hospitals. Relying on Brazilian law, we believe that this admission violates human rights violator crazy, since the segregating hospitalization and usually is not a therapeutic resource. Despite the advances brought by the Psychiatric Reform are fundamental and should to continue mobilize society in search extinction of asylums and the affirmation of the rights of people with mental disorder.

**Keywords:** Mental health. Crazy offender. Human rights.

## **Introdução**

A história da saúde mental é marcada pela ótica asilar, com os pilares da hospitalização e medicalização, tendo como fundamento principal a negação do ser humano como sujeito.

Durante muito tempo o hospital psiquiátrico foi visto como o único espaço de tratamento das pessoas com transtorno mental. O modelo de internação reforçava a necessidade da exclusão do convívio social e do isolamento. Por isso, a violência entre os pacientes e a equipe de trabalho era uma prática quase cotidiana, talvez entendida como forma de tratamento.

Diante de inúmeras denúncias de maus-tratos, exclusão e violação dos direitos humanos por todo o mundo, discussões sobre como mudar a forma de tratar a pessoa com transtorno mental se intensificaram. Novas experiências, como a psiquiatria territorial e a desinstitucionalização, partiam do pressuposto de que o problema não era a doença em si, mas as relações que se estabelecia com ela (AMARANTE, 1996).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início com a Reforma Sanitária. Esses movimentos buscavam a superação do modelo hospitalocêntrico, através de um novo modelo assistencial que garantisse os direitos dos cidadãos (BRASIL, 2005).

A Reforma Brasileira teve como princípios o movimento da Psiquiatria Democrática, de Franco Basaglia, que proporcionou mudanças significativas nas políticas de saúde mental na Itália. Basaglia abriu as portas do manicômio, rompendo então com o modelo de psiquiatria vigente e mostrando que era possível tratar sem exclusão (AMARANTE, 2009).

Para concretizar essa nova perspectiva, no Brasil, houve a promulgação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Esta lei foi um marco na saúde mental brasileira e estabeleceu a substituição dos hospitais psiquiátricos por outras modalidades e práticas assistenciais (BRASIL, 2001). A partir disso, a política nacional de saúde mental preconiza os cuidados em serviços abertos e de base comunitária, ou seja, garante a circulação das pessoas com transtorno mental nos serviços e na sociedade, oferecendo cuidados baseados nos recursos que a própria comunidade dispõe.

Após 15 anos da promulgação da Lei 10.216, os desafios de tratar as pessoas com transtorno mental na comunidade ainda são inúmeros; no que tange às pessoas com transtorno que cometeram algum ato infracional, são exponencialmente maiores. Isto se deve principalmente porque são vistos não como pessoas que precisam de tratamento terapêutico, mas simplesmente como criminosos.

Apesar da já referida Lei, no Brasil, e principalmente em Pernambuco, as pessoas com transtorno mental que cometem crimes, os chamados loucos infratores, são “tratados” em manicômios judiciários – atualmente chamados de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Na realidade, o que menos se percebe nesses locais é tratamento; o que existe é o cumprimento de uma penalidade, mesmo que eles tenham sido absolvidos pela justiça.

Assim, este artigo se propõe a analisar a proposta de internação do louco infrator em hospitais de custódia, buscando entender se esse direcionamento é um parâmetro de justiça ou uma violação aos direitos humanos. Para isso, nos basearemos nas principais leis brasileiras sobre saúde mental, nos códigos civil e penal, além dos princípios universais dos direitos humanos.

## **Breve histórico da saúde mental**

A história da saúde mental é perpassada por crenças, conceitos e atitudes que acabaram levando a pessoa com transtorno mental à exclusão e ao isolamento em instituições psiquiátricas. Apesar de ter como pressuposto a proteção da sociedade, nesses locais prevaleciam os maus-tratos, o desrespeito, a violência física, a negação do sujeito e de sua subjetividade (BASAGLIA, 1991).

Durante muito tempo, as pessoas consideradas loucas eram expulsas das cidades e colocadas em lugares distantes. Foucault (1997), ao analisar essa forma de tratamento da loucura, diz que era mais do que uma utilidade social, pois também visava à segurança dos cidadãos, evitando que os loucos vagassem na cidade.

Somente a partir da metade do século XVII começou a acontecer o internamento dos chamados "loucos". Para Foucault (1997), a internação é a estrutura mais visível da experiência clássica da loucura, pois ela mesma acabou provocando a ideia de libertação dos loucos.

É importante frisar que, no século XVII, o enclausuramento não tinha nenhuma ideia ou liderança médica, mas assistencial, uma estrutura "semijurídica". Outro ponto de destaque era que ficava internado no mesmo lugar, o enfermo, a prostituta, o libertino, o insano. Apenas no final do século XVIII e principalmente a partir do século XIX, que se separaram os criminosos e os loucos.

Ao longo do século XVIII, aparece o diálogo entre o médico e o doente, passando o primeiro a ser elemento do mundo da insanidade mental. No entanto, essa aproximação não trouxe uma libertação da loucura, mesmo com a atenção médica, e acabou por uni-la ainda mais ao internamento. No final do século XVIII, essa forma de tratamento, começa a ser questionada (FOUCAULT, 1997).

Foi o psiquiatra Philippe Pinel que iniciou a busca pela humanização do tratamento das pessoas com transtorno mental, que até então eram mantidos como animais enjaulados. Pinel propôs a abertura das grades e das correntes, mas ainda defendia que os loucos permanecessem no asilo. Ele acreditava que para conhecer a loucura, era preciso observar, descrever e classificar, e que assim seria possível distinguir o que era normal do que era patológico (AMARANTE, 1996; FOUCAULT, 1997).

As grandes transformações na área de psiquiatria aconteceram na década de 1960, quando começaram alguns movimentos contrários às ideias de Pinel. Amarante (1994) pontua que se começou a entender a internação como uma etapa do tratamento, e que o principal objetivo seria o retorno à sociedade.

Um dos principais críticos dessa forma de “cura”, caracterizada pelo asilamento e pela violência institucionalizada, foi Franco Basaglia. Para ele, não bastava humanizar ou transformar o manicômio; era necessário questionar os fundamentos da necessidade de se ter este lugar como tratamento (BASAGLIA, 1982). Dessa forma, questionou-se o paradigma psiquiátrico, centrado no saber médico, que reduziu o fenômeno da loucura à doença mental.

O modelo hospitalocêntrico, baseado no saber médico psiquiátrico que supervalorizava a medicalização, reduzia os pacientes aos determinantes biológicos, e não dava conta das questões psicossociais. A reforma psiquiátrica iniciada na Itália por Basaglia, trouxe a mudança do conceito de “doença mental”, que foi desconstruído para dar lugar a uma nova forma de perceber a loucura enquanto “existência-sofrimento” do sujeito (AMARANTE, 1996).

O movimento italiano, chamado de Psiquiatria Democrática, permitiu um novo modo de tratar e cuidar das pessoas com transtorno mental, e principalmente, mostrou que uma sociedade sem manicômios era possível, já que estes lugares eram espaços de isolamento e perda da autonomia do sujeito (BASAGLIA, 2005).

Para Basaglia (2005), as pessoas com transtorno mental que eram internadas em hospitais psiquiátricos, entravam num vazio emocional. A imagem desse homem institucionalizado era de um homem petrificado, imóvel, sem objetivo e sem futuro. O autor foi um crítico ferrenho das condições subumanas de exclusão, violência e abusos cometidos contra os pacientes de hospitais psiquiátricos.

A Lei 180, de 1978, promulgada na Itália, conhecida como “Lei Basaglia”, foi o grande marco para o início da superação do modelo manicomial até então vigente. Dentre outros elementos, a referida lei preconiza a liberdade das pessoas com transtorno mental, controla o regime de internação hospitalar e proíbe a criação de outros hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1996).

Baseando-se na experiência exitosa da Itália, o Brasil, ao final dos anos 1970, passa a pensar em iniciativas pela reforma psiquiátrica nacional. Este movimento foi o propulsor no país da luta por melhores condições de tratamento da pessoa com transtorno mental, e buscava a mudança do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico, além de preconizar os direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005).

## **A saúde mental no Brasil**

Impulsionado pela grande mudança realizada por Franco Basaglia na Itália, o Brasil iniciou uma mobilização social, inclusive em torno da luta pela redemocratização do país, realizada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que posteriormente foi chamada de luta antimanicomial, e teve início no final da década de 1970.

O MTSM se inspirou na desinstitucionalização psiquiátrica realizada na Itália, e teve como objetivo a transformação da relação da sociedade com a loucura, além de buscar melhorar as condições de trabalhos dos profissionais, transformar a assistência

em saúde mental e criar uma rede de serviços extra-hospitalares em substituição aos manicômios. Para isso, era sine qua non a desconstrução dos saberes e práticas centradas no modelo biomédico, passando, assim, a buscar os direitos de cidadania de todos os atores envolvidos, sejam usuários, familiares, trabalhadores e população em geral (AMARANTE, 1994; 1996).

Foi o Movimento de Reforma Psiquiátrica que começou a denunciar a violência nos manicômios, a mercantilização da loucura, e construiu coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico. Apenas na década de 1980 surgem as primeiras transformações, com a criação de serviços de saúde voltados para a atenção diária das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (AMARANTE, 1996; BRASIL, 2004, 2005). A Reforma Psiquiátrica no Brasil é, portanto, um:

processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005, p. 6).

A Reforma Psiquiátrica trouxe para o panorama brasileiro uma nova forma de cidadania da pessoa com transtorno mental, pensando o respeito ao ser humano e às suas diferenças, retirando do foco a atenção hospitalar psiquiátrica institucional, valorizando os serviços no território. Esse processo se preocupa não apenas com as mudanças físicas e estruturais dos espaços, mas primordialmente com as transformações de condutas e do cuidado (REIS, 2010).

A desinstitucionalização brasileira, iniciada na década de 1980, representa um processo de luta por mudanças no modelo assistencial, e caracteriza-se como um empenho constante na tentativa de desconstruir práticas institucionalizadoras, além de construir na pluralidade das relações que permeiam a pessoa com transtorno mental e seus familiares uma experiência mais benéfica possível (REIS, 2010). A desinstitucionalização foi

identificada por uma ruptura ocorrida no processo de reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre há um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 1995, p. 75-76).

É preciso deixar claro que a desinstitucionalização não é o mesmo que desospitalização, ou seja, a saída do paciente dos muros do hospital. A desinstitucionalização propõe novos modelos de assistência, com a necessidade de romper a ideia de que a doença precisa de cura, e que esta seria através do isolamento e da medicalização. Também preconiza o envolvimento e mobilização das pessoas com transtornos mentais enquanto atores sociais e protagonistas de suas histórias (AMARANTE, 1996).

A partir desses pressupostos, inicia-se uma nova forma de tratar as pessoas com transtorno mental, através do acolhimento no ambiente familiar e na comunidade, e não mais em manicômios. A desinstitucionalização tem sido um dos eixos da reforma psiquiátrica, embasando as práticas de saúde mental. Dessa forma, o movimento da reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização, proporcionaram as reformulações do modelo assistencial da saúde mental, e, a partir da década de 1980, várias conquistas puderam ser visualizadas nos campos político, jurídico e técnico-assistencial.

### **A nova política de saúde mental no Brasil**

Num contexto de discussão sobre o papel do Estado na saúde, de redemocratização e de desenvolvimento dos ideais da reforma sanitária, a Constituição Federal brasileira, de 1988, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios de universalização, integralidade, equidade, descentralização e participação popular. Seu processo de implementação começou com as Leis 8080/1990 e 8142/1990.

A Constituição Federal, no artigo 196 diz que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2012, p. 116).

Nesse contexto, emergem em torno da atenção à saúde mental as conquistas da Reforma Psiquiátrica, fortalecidas pelos avanços da reforma sanitária. No ano de 1987, surge na cidade de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com a proposta de resgatar a cidadania do doente mental e demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Em 1989 tem início um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, na cidade de Santos (SP), local de maus-tratos e mortes de pacientes (BRASIL, 2005).

Ainda em 1989, o deputado Paulo Delgado dá entrada no Congresso Nacional o projeto de Lei que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005). Entretanto, apenas em 2001 houve a promulgação da Lei de Reforma Psiquiátrica, de nº 10.216, que redireciona a assistência em saúde mental e privilegia o tratamento em serviços de base comunitária. A referida lei dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com transtorno mental, porém não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2001).

A atual Política de Saúde Mental no Brasil, orientada pelos princípios do Movimento da Reforma Psiquiátrica, propõe a substituição progressiva de um modelo centrado na assistência hospitalar e na lógica tutelar por uma rede de cuidados centrada no usuário. Desta forma, o Governo busca articular as diversas modalidades de assistência, de forma a integrar os serviços de saúde, com o principal objetivo de promover estratégias de reabilitação psicossocial, que se revela o grande desafio no panorama atual. Isso implica na



contínua construção de estratégias para tecer uma rede de cuidados que busque acolher às necessidades de saúde da população.

Muitas experiências municipais aconteceram ainda na década de 1980, dando início a desinstitucionalização de pacientes em manicômios, e criando os serviços de atenção psicossocial, com o intuito de realizar a reinserção dos usuários em seus territórios (BRASIL, 2013).

Na década de 1990 se deu a aprovação de diversas leis estaduais, em consonância ao progresso político de mobilização social, culminada na Constituição Federal de 1988. Em Pernambuco, a lei que dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos é a Lei 11.064, de 16 de maio de 1994 (ALEPE, 1994).

No âmbito nacional tem-se a já referida anteriormente, Lei 10.216/2001, que afirma os direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A principal diretriz da lei é assegurar o acesso ao cuidado com qualidade, através da mudança do modelo de atenção hospitalocêntrico para o comunitário.

Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado à desinstitucionalização dos pacientes asilados, e também ao tratamento de casos graves. Os hospitais psiquiátricos vão sendo progressivamente substituídos por uma rede de atenção em saúde mental constituída por CAPS, ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, centros de convivência e cultura, emergências psiquiátricas em hospitais gerais e atendimento nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), enfatizando o trabalho direcionado às famílias e à comunidade (BRASIL, 2005).

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental, são considerados dispositivos estratégicos para organização da rede de atenção, com a finalidade primordial de incluir as pessoas com transtorno mental, além de conhecer o território para potencializar os cuidados e a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2002).

Em 2010, já existiam no Brasil mais de 1600 CAPS. Isto equivalia a 66% de cobertura nacional (BRASIL, 2011a). Segundo a Gerência de Saúde Mental (GASAM), em 2013, Pernambuco contava com 88 CAPS, 54 Residências Terapêuticas e 32 leitos de enfermagem psiquiátrica em hospital geral<sup>2</sup>. Apesar do significativo aumento da oferta dos serviços abertos, Pernambuco ainda apresenta a 2ª maior concentração de leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos do país, perdendo apenas para o Rio de Janeiro. Estes leitos ultrapassariam os 2.700 (BRASIL, 2010).

Em 2011, a Portaria nº 3.088, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem como um dos objetivos gerais, promover o acesso das pessoas com transtornos mentais aos pontos de atenção em saúde. A Portaria define os componentes da RAPS, incluindo a atenção básica, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, dentro outros (BRASIL, 2011b).

---

2 Cf. PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Saúde Mental. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/saude-mental>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

Diante do exposto, fica claro que o movimento de luta antimanicomial no Brasil buscou transformar as práticas e concepções sobre a relação entre a sociedade e loucura. Como resultado, conseguiu mudanças no que se refere ao modo de cuidar do chamado louco e, sobretudo, na garantia de seus direitos e de sua reinserção social. Isto diz respeito ao tratamento que não é baseado em internações, sendo aquele realizado na sociedade, na comunidade, organizado de forma territorial, utilizando os espaços de convívio social dos usuários, como por exemplo, a família, a escola, a igreja. Infelizmente, nem sempre esses direitos das pessoas com transtornos mentais são respeitados.

### **Saúde mental e a interface com a justiça**

Após realizar uma pequena análise histórica sobre a Política de Saúde Mental no Brasil, faz-se necessária uma breve incursão sobre o tratamento legal da “loucura” no Brasil.

Foi o Código Criminal do Império, de 1830, que primeiro falou sobre doença mental, ao prever em seu artigo 10, § 2º, que não seriam julgados criminosos os “loucos de todo o gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime”. Já o artigo 12, coloca que “os loucos que tiverem cometido crimes serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente” (BRASIL, 1830).

As instituições destinadas a doentes mentais começaram a ser construídas no Brasil na segunda metade do século XIX, sendo a primeira o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, que esteve em funcionamento de 1841 a 1852. Posteriormente foram criados asilos em outras províncias, que pareciam cadeias e não lugares para tratar de doentes (DINIZ, 2013).

Após a Proclamação da República, o Código Penal de 1890 segue a mesma lógica do código anterior, e em seu artigo 27, § 3º, prevê que não serão considerados criminosos: “Os que, por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação”. No artigo 29 dispunha que: “Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim exigir para a segurança do público” (BRASIL, 1890). A internação passa a estar vinculada à periculosidade do doente.

O Decreto nº 1.132, de 1903, que reorganiza a assistência aos “alienados”, traz um pequeno avanço no seu artigo 2º, ao prever a necessidade de laudo médico para realizar a internação. Em seu artigo 3º, prevê a possibilidade de tratamento em domicílio (BRASIL, 1903).

Já o Código Civil de 1916, promulgado na vigência do Decreto 1.132, em seu artigo 457, predizia que: “Os loucos, sempre que parecer inconveniente conservá-los em casa, ou o exigir o seu tratamento, serão também recolhidos em estabelecimento adequado” (BRASIL, 1916). Ou seja, a internação em estabelecimento asilar, portanto, continuava a ser a regra.

O Código Penal de 1940 trouxe a novidade das medidas de segurança no campo penal. Segundo o artigo 91, os agentes irresponsáveis, inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, deveriam ser internados em manicômios judiciários, pelo prazo mínimo de um a seis anos, dependendo da pena mínima prevista para o crime, podendo a internação ser substituída pela liberdade vigiada (BRASIL, 1940).

Provavelmente o mais famoso manicômio judiciário do Brasil é o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima, localizado no município de Franco da Rocha, na região metropolitana de São Paulo. Seu antigo nome era Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, e foi inaugurado em 1933. Na década de 1950, foi considerado um dos mais importantes hospitais-presídios da América Latina (TAVOLARO, 2004). No entanto, histórias de fome, sujeira, doença e violência marcaram profundamente o hospital, que carregava o estigma de que só se saía de lá morto.

Abriga enfermos que cometeram delitos e estão sob custódia da Justiça como inimputáveis – não podem ser responsabilizados nem condenados porque não têm condições psíquicas de compreender seus atos transgressores. São brasileiros de diversas origens, vítimas da mais perversa forma de exclusão social. A associação da loucura com o crime é cruel (TAVOLARO, 2004, p. 17).

A Lei nº 7.209, de 1984, alterou alguns dispositivos do Código Penal de 1940, entre eles o regime das medidas de segurança, estabelecendo como regra, a internação em hospital de custódia e tratamento, mas abriu a possibilidade de sujeição do agente apenas a tratamento ambulatorial para os fatos previstos como crimes sujeitos a detenção, e não a reclusão, explícitos nos artigos 96 e 97 (BRASIL, 1984). A referida lei estabeleceu como direito do internado o seu recolhimento a estabelecimento dotado de características hospitalares e a sua submissão a tratamento.

A mudança nominal de Manicômio Judiciário, para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) não se refletiram nas mudanças de tratamento dadas aos pacientes. Sim, pacientes. Afinal, os internos em um HCTP não são presos, como a maioria das pessoas pensa. Eles são pacientes, e estão, portanto, em tratamento. Ao menos na teoria.

Em Pernambuco, o HCTP é localizado na Ilha de Itamaracá, município localizado na região metropolitana do Recife, criado há mais de 30 anos. Poucas informações são obtidas sobre o Hospital, disponibilizadas pelas Secretarias do Estado. A Secretaria Executiva de Ressocialização (SERES), vinculada atualmente à Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos (SJDH/PE), apresenta o mapa de localização junto com as outras unidades prisionais<sup>3</sup>, além de algumas notícias sobre o hospital (PERNAMBUCO, 2016). Na página da Secretaria Estadual de Saúde, na área de Saúde Mental, não há nenhuma

3 Ressaltamos que conforme a Lei 10.216/2001, os HCTP não são unidades prisionais, mas de tratamento de saúde. No entanto, no site da SERES, o HCTP de Itamaracá é listado como unidade prisional.

menção ao HCTP. Mais uma vez, mesmo na área da saúde, a interlocução com o HCTP é pontuada na saúde da população carcerária<sup>4</sup>.

Visita realizada pelo Ministério Público de Pernambuco, realizada em 2010, verificou que o Hospital abrigava 416, quando sua capacidade é de 381 pacientes. Segundo a gerente da unidade, um dos maiores problemas do HCTP era o excesso de pacientes provisórios, já que dos 416 na época, apenas 142 cumpriam medida de segurança. Os demais internos estavam com situação indefinida (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, s/d).

No Censo realizado em 2011 (DINIZ, 2013), havia 433 pacientes no HCTP de Pernambuco, sendo que 47% estavam cumprindo medida de segurança, ou seja, 203 pessoas. Desses 203 indivíduos, 185 estavam em medida de segurança de internação, e seis estavam na reinternação<sup>5</sup>. Interessante que quatro indivíduos cumpriam medida de segurança de tratamento ambulatorial, e mesmo assim estavam no HCTP, situação considerada atípica.

Considerando a Política de Saúde Mental do Brasil e suas normativas, os HCTP devem ser substituídos por outros dispositivos, e assim, os atendimentos aos pacientes judiciários deverão ser prestados em meio aberto, como nos ambulatórios ou nos CAPS.

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

Como já referido anteriormente, há um senso comum que a pessoa com transtorno mental que cometeu algum crime (o chamado louco infrator) deve cumprir a sua condenação, de preferência longe da sociedade, passando toda a vida num manicômio judiciário. Este pensamento, no entanto, é equivocado.

O louco infrator não é um condenado da justiça, como as pessoas que cumprem penas nas penitenciárias. Na realidade, a sentença proferida pelo juiz foi de absolvição. Ou seja, a pessoa que cometeu o crime é considerada inocente por causa da sua incapacidade de compreender a gravidade ou ilegalidade do ato que cometeu.

Na antiga lógica asilar, a internação em manicômios era a regra. E assim, uma pessoa julgada inocente, terminava por perder sua liberdade – era, pois, prisão perpétua para uma pessoa declarada inocente.

Com o advento da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que afirma os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, a prática de internação em instituições

---

4 PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Coordenação de Saúde da População Carcerária. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/coordenacao-de-saude-da-populacao-carceraria>>. Acesso em: 24 ago. 2016

5 Após ser declarada a cessação de periculosidade, o indivíduo recebe o benefício da desinternação condicional pelo prazo de um ano, com uma série de condicionantes que regula as atividades e comportamentos nesse período. O descumprimento dessa regulação pode resultar na reinternação.

com características asilares foi proibida. Dessa forma, juridicamente, não há mais respaldo para as internações em manicômios judiciários. Estes são, portanto, ilegais e inconstitucionais. Afinal, segregam, excluem e não tratam.

O artigo 1º da lei é dedicado à afirmação positiva dos direitos dos pacientes, na tendência dos direitos de terceira e quarta geração (BOBBIO, 1992), e se contrapõe diretamente ao Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. O Decreto de Vargas, afirmando a “proteção” dos psicopatas, tinha seu alicerce na defesa social, e legitimava o estatuto de incapacidade civil genérico de todos os pacientes (BRASIL, 1934). Ao contrário, a lei de 2001 se fundamenta nos direitos, específicos e difusos, e na cidadania plena dos pacientes.

O artigo 2º da referida lei expõe os principais direitos das pessoas com transtornos mentais, e fica evidente no inciso II, que mesmo a internação deve ser um recurso terapêutico de saúde e não uma punição e/ou coerção. O inciso III fala da proteção contra o abuso e a exploração, situações que, infelizmente, eram regras nos manicômios.

A internação hospitalar, segundo o artigo 4º deve acontecer se, e somente se, houver indicação clínica e os recursos extra-hospitalares não forem suficientes. A periculosidade deixa de ser fundamento da internação, e esta deve ser entendida como um recurso terapêutico excepcional. O parágrafo 3º impede a internação em instituições asilares. Assim, segundo a lei, os manicômios judiciários não deveriam existir, já que segregam e tiram do espaço comunitário.

A internação psiquiátrica seja ela voluntária, involuntária ou compulsória (BRASIL, 2001), é recurso de saúde e não de segurança pública. Afinal, segundo o artigo 6º da Lei 10.216, só devem acontecer com laudo médico que expliquem os motivos. As internações involuntárias devem ser notificadas ao Ministério Público. Segundo Silva (2009), a medida de segurança não tem caráter punitivo, e o aspecto terapêutico deve prevalecer. Assim, a questão deixa de ser focada sob a ótica da segurança pública, e passa a ser acolhida pelos serviços de saúde pública<sup>6</sup>.

A Organização Mundial de Saúde vem acompanhando o processo brasileiro, com todas as suas dificuldades e problemas. Com a aprovação da lei em 2001, o Brasil assumiu um compromisso com a questão da saúde mental. Dentre os 190 países do sistema das Nações Unidas, o Brasil está entre os dez países mencionados como exemplo ao enfrentamento da iniquidade em saúde mental (WHO, 2008).

No entanto paradoxos não faltam. O Brasil é signatário do Tratado de São José, que instituiu a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). Apesar do esforço em construir uma política de saúde mental baseada na defesa dos direitos humanos, o Brasil foi o país levado ao tribunal internacional sobre o tema, no primeiro caso de afronta aos direitos humanos no campo da saúde mental, e foi condenado por esta Corte<sup>7</sup>.

---

6 Em Goiás há um programa exitoso no que se refere à execução das medidas de segurança. O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) segue os preceitos da Lei de Reforma Psiquiátrica, realizando a reinserção social dos pacientes, através do atendimento preferencialmente ambulatorial (Recomendamos ver SILVA, 2009).

7 O caso pelo qual o Brasil foi julgado e condenado é o do paciente Damião Ximenes, que faleceu enquanto estava

Assim, não obstante toda a legislação vigente pressupor a prevalência da questão da saúde sobre a questão punitiva, os loucos infratores, incluindo o Estado de Pernambuco, continuam tendo seus direitos violados cotidianamente. A internação compulsória está se tornando uma política de saúde, quando a saúde passa a ser de ordem judicial. Nesses casos, a justiça inverte a lógica, ao invés de primar pelos direitos dos doentes, acaba acatando o pedido (muitas vezes da família) de internação. Por mais contraditório que seja, diversas vezes a justiça também determina o local e o tempo de internação.

Neste sentido, é preciso continuar a luta pelo respeito e pela garantia dos direitos humanos de todos/as, direitos que garantam a diversidade e as singularidades de cada um/a. É lutar por uma sociedade mais justa e que preze pela dignidade da pessoa humana e por sua emancipação. Essa luta diz respeito ao tratamento que não é baseado em internações, e sim, realizado na sociedade, na comunidade e na família. Afinal,

Certamente uma das terapias mais importantes para combater a loucura é a liberdade. Quando um homem é livre tem a posse de si mesmo, tem a posse da própria vida, e, então, é mais fácil combater a loucura. Quando eu falo de liberdade, falo de liberdade para a pessoa trabalhar, ganhar e viver, e isto já é uma luta contra a loucura. Quando há possibilidade de se relacionar com os outros, livremente, isso torna-se uma luta contra a loucura. Certamente, a loucura evidencia-se mais facilmente sob essa nossa vida agitada, assustadora, opressiva e violenta (BASAGLIA, 1982, p. 72).

Com relação a sua prisão, afirma que (BRASIL, 2014, p. 266):

Fui presa no dia 06 de agosto de 1970 e fui torturada junto com o meu marido. Eu estava grávida de quatro meses. Fomos torturados com choques elétricos. Dado o meu estado, não podiam torturar-me no pau de arara, mas, submetiam o meu marido aos choques na cadeira do dragão na minha frente para que eu falasse, dissesse onde tinha estado, quem eram os companheiros e quantas outras informações podia dar. Como eu fiquei calada, continuaram a nos torturar por 3/4 dias na OBAN, depois nos levaram para o DOPS, onde o interrogatório foi normal.

Com a anistia retornou ao Brasil, juntamente com o marido, e retomou a sua vida com estudos formando-se em Pedagogia.

## **Considerações finais**

Após percorrer um longo caminho, iniciado pela Reforma Psiquiátrica na década de 1970, a atual política de saúde mental no Brasil, preconiza em sua legislação atual, o tratamento da pessoa com transtorno mental realizado em serviços abertos, de base territorial e comunitária.

---

submetido a tratamento psiquiátrico, em um centro de atendimento privado, no município de Sobral (CE).

Para chegar ao ponto que se encontra, buscando a desinstitucionalização do doente mental, houve muitas denúncias de maus-tratos e violência dentro dos manicômios. Assim, como em outros países, principalmente a Itália, teve início a luta pelos direitos das pessoas com transtorno mental.

O grande avanço na legislação brasileira ocorreu no início do século XXI, com a Lei nº 10.216, de 2001. A lei propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regular a internação psiquiátrica. O maior destaque da lei foi propor os direitos das pessoas com transtorno mental, que nada mais são que os direitos fundamentais inerentes a todas as pessoas.

No que concerne ao louco infrator, o avanço ainda é muito pequeno. Continuamos a realizar internações em manicômios judiciais, que passaram a ser inconstitucionais, já que a lei 10.126 é claro ao dizer que as internações não podem ocorrer em instituições com características asilares.

Assim, continua-se a violar os direitos das pessoas com transtorno mental, principalmente aquelas que cometeram algum crime, negando-as um tratamento de saúde adequado, e submetendo-as a punições, embora perante a justiça tenham sido consideradas inimputáveis e, portanto, inocentes.

É evidente que as internações psiquiátricas ainda podem acontecer, e estão regularizadas pela lei 10.216. No entanto, é preciso deixar explícito algumas regras sobre as internações psiquiátricas: são dispositivos da política de saúde pública; não se destina à segurança pública nem tem caráter sanatório; como recurso terapêutico deve ser excepcional; exige expressa indicação médica; e a pessoa com transtorno mental é sujeito de direitos (SILVA, 2009).

Apesar dos 15 anos da aprovação da lei 10.216, o processo de Reforma Psiquiátrica deve ser ininterrupto. É preciso continuar a mobilizar a sociedade quanto ao debate para a extinção dos manicômios. Cabe à sociedade reavaliar a existência do hospital psiquiátrico e as internações que ainda são realizadas. As experiências desenvolvidas na Itália e em Goiás mostram que é possível criar serviços substitutivos, e realizar tratamento sem internação no manicômio. Estas experiências nos dão força para continuar lutando por serviços que respeitem as pessoas com transtorno mental como seres humanos, cidadãos de direitos, de escolhas, de dignidade, de autonomia e de liberdade.

Não poderíamos, por fim, terminar esse artigo sem nos remeter a Basaglia (1991), defensor incansável de um tratamento mais humano às pessoas com transtorno mental, e concordar quando ele diz que tanto o asilo quanto a prisão servem para conter o desvio dos pobres e marginalizar os que já são excluídos da sociedade. Para ele asilo e prisão são intercambiáveis, ou seja: se pegarmos um detento e colocarmos num asilo ou pegar um louco e colocarmos na prisão, as funções institucionais são as mesmas. Por tudo isso, a esta lógica absurda e infame do asilo, nós dizemos não!

## Referências

ALEPE. (1994) *Lei nº 11.064*, de 16 de maio de 1994. Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental. Recife: Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco.

AMARANTE, Paulo. (1994) *Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil*. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

\_\_\_\_\_. (1995) *Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

\_\_\_\_\_. (1996) *O Homem e a Serpente*. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

\_\_\_\_\_. (2009) Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v. 1, n. 1, jan.-abr. (CD-ROM).

BASAGLIA, Franco. (1982) *Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.

\_\_\_\_\_. (1991) *A instituição negada*. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Geral.

\_\_\_\_\_. (2005) *Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária.

BOBBIO, Norberto. (1992) *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. (1830) *Código Criminal do Império do Brasil*. Lei de 16 de dezembro de 1830. Brasília: Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos.

\_\_\_\_\_. (1890) *Código Penal dos Estados Unidos do Brasil*. Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Informações.

\_\_\_\_\_. (1903) Decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a assistência a alienados. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Informações.

\_\_\_\_\_. (1916) *Código Civil de 1916*. Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916. Brasília: Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos.

\_\_\_\_\_. (1934) Decreto nº 24.559, de 03 de julho 1934. *Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas*. Brasília: Decreto do executivo [Revogado].

\_\_\_\_\_. (1940) *Código Penal*. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Brasília: Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos.



\_\_\_\_\_. (1984) Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. *Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848 – Código Penal*. Brasília: Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos.

\_\_\_\_\_. (2001) Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. (2002) *Portaria nº 336/GM*, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. (2004) *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

\_\_\_\_\_. (2005) *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. OPAS. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.

\_\_\_\_\_. (2010) *Saúde Mental em dados 7*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ano V, n. 7, junho.

\_\_\_\_\_. (2011a) *Saúde Mental em dados 8*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ano VI, n. 8, janeiro.

\_\_\_\_\_. (2011b) *Portaria nº 3088*, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília.

\_\_\_\_\_. (2012) *Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988*. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara.

\_\_\_\_\_. (2013) *Cadernos de Atenção Básica*. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Mérito, *Reparações e Custas*. *Sentença de 4 de julho de 2006*. Disponível em: <[http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2016.

DINIZ, Débora. (2013) *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: Letras Livres, Editora Universidade de Brasília.

FOUCAULT, Michel. (1997) *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. MP visita Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em Itamaracá (PE). Disponível em: <<http://mpf.jusbrasil.com.br/noticias/2159677/mp-vi>>

sita-hospital-de-custodia-e-tratamento-psiquiatrico-em-itamaraca-pe>. Acesso em: 20 jul. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Ressocialização. Unidades Prisionais. Disponível em: <<http://www.seres.pe.gov.br/unidade/17/hospital-de-custodia-e-tratamento-psiquiatrico>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

SILVA, Haroldo Caetano da. (2009) *Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança*. Goiânia: Ministério Público do Estado de Goiás. Centro de Apoio Operacional de defesa do cidadão.

REIS, Helca F. Teixeira. (2010) *Famílias de pessoas em sofrimento mental: um olhar fenomenológico sobre as relações de convivência*. [Dissertação] de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde - Jequié, Bahia. UESB. 155f.

TAVOLARO, Douglas. (2004) *A casa do delírio. Reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha*. 3. ed. São Paulo: SENAC.

WHO. World Health Organization. (2008) *Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders*. Geneva: WHO. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/mhgap\\_final\\_english.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap_final_english.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2016.

Recebido em: 24 de agosto de 2016

Aprovado em: 13 de outubro de 2016

