

ANÁLISE ACERCA DA ATUAÇÃO DA UNIDADE PSIQUIÁTRICA DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Dionaldo Pereira de Souza Júnior

Jaadiane Rocha dos Santos

Cristiane Sousa da Silva

Jorge Fernandes de Lima

Resumo

O presente artigo tem como objetivo principal realizar uma análise acerca da atuação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no estado do Rio Grande do Norte. Este busca tratar e ressocializar os pacientes portadores de transtornos mentais que cometeram crimes e estão cumprindo medida de segurança naquele local. Após a vigência da Resolução Nº 487 de 2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que prevê o fechamento gradual de hospitais de custódia em todo o Brasil, os serviços foram sendo absorvidos pela rede pública de saúde e assistência social. Assim, objetiva-se além de compreender a situação daquela instituição psiquiátrica, o perfil da população internada, as dificuldades enfrentadas na unidade prisional, bem como se o mesmo atende às normas básicas de funcionamento. Para se chegar nos resultados, a pesquisa será realizada com análise bibliográfica, documental e de dados (banco de dados oficiais e de pesquisa anterior já realizada anteriormente pelos autores) acerca da política. Com isso, espera-se entender o processo de ressocialização, tratamento dos custodiados e como está sendo realizada a sua desativação e mudança na forma de intervenção.

Palavras-chave: Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento. Medida de Segurança. Saúde Mental. Segurança Pública.

Abstract

The main objective of this article is to carry out an analysis about the performance of the Hospital for Custody and Psychiatric Treatment (HCTP) in the state of Rio Grande do Norte. This seeks to treat and re-socialize patients with mental disorders who have committed crimes and are complying with a security measure at that location. After the effectiveness of Resolution No. 487 of 2023 of the National Council of Justice (CNJ), which provides for the gradual closure of custody hospitals throughout Brazil, the services were absorbed by the public health and social assistance network. Thus, the objective is to understand the situation of that psychiatric institution, the profile of the hospitalized population, the difficulties faced in the prison unit, as well as whether it meets the basic operating standards. To arrive at the results, the research will be carried out with bibliographical, documentary and data analysis (official database and previous research previously carried out by the authors) about the policy. With this, it is expected to understand the process of resocialization, treatment of those in custody and how their deactivation is being carried out and change in the form of intervention.

Keywords: Psychiatric Custody and Treatment Unit. Security measure. Mental health. Public security.

1 INTRODUÇÃO

Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são instituições especializadas que têm como objetivo abrigar pessoas que cometeram atos criminosos, mas que foram consideradas imputáveis ou semi-imputáveis em razão de problemas mentais ou transtornos psiquiátricos. Essas instituições são destinadas no acolhimento e tratamento de indivíduos que não podem ser responsabilizados criminalmente por seus atos devido à sua condição mental (BRASIL, 1984).

No sistema jurídico de alguns países, incluindo o Brasil, existem medidas de segurança aplicadas a pessoas que cometeram crimes, mas que não podem ser consideradas completamente responsáveis por suas ações devido a transtornos mentais diagnosticados. Essas medidas têm o propósito de proteger a sociedade e, ao mesmo tempo, garantir tratamento adequado aos indivíduos (BRASIL, 1940).

Neste contexto, o tratamento das pessoas com transtornos mentais no contexto prisional ou de custódia é uma questão complexa, que envolve questões de saúde pública, direitos humanos e justiça social. É fundamental buscar alternativas que assegurem o tratamento adequado desses indivíduos, respeitando seus direitos, promovendo sua reintegração na sociedade e evitando a perpetuação do ciclo de violência e criminalidade. Isso requer investimentos em serviços de saúde mental, capacitação de profissionais, criação de programas de acompanhamento pós-liberação e uma maior sensibilização da sociedade em relação às questões de saúde mental e justiça criminal.

Diante disso, o presente artigo pretende realizar um levantamento acerca da atuação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no estado do Rio Grande do Norte para tratar e ressocializar os pacientes portadores de transtornos mentais que cumprem medida de segurança naquele local.

A metodologia da elaboração da análise fundamenta-se no referencial de Facio & Astorga (2011), no qual estes autores afirmam que na construção do diagnóstico de uma política pública devem ser seguidas as seguintes etapas: identificação do problema, estabelecimento de uma base de comparação, definição da população alvo, análise das políticas existentes, identificação dos atores relevantes e das causas e consequências (FACIO, ASTORGA, 2011).

Pensando nisso, serão utilizadas técnicas eminentemente qualitativas da pesquisa, especialmente meios para explorar e entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano.

Assim, para aproximação temática e estudo das políticas públicas relacionadas ao objeto de estudo, serão realizadas pesquisa bibliográfica documental e de dados acerca das políticas e do histórico das Unidades Psiquiátricas de Custódia e Tratamento no Brasil e posteriormente no Estado do Rio Grande do Norte, desde o surgimento da política até o estado atual, analisando as perspectivas das áreas da saúde e da segurança pública no tratamento às pessoas que cometem crime e possuem transtorno mental, seja por meio de trabalhos já realizados sobre o tema, bancos de dados oficiais.

Ela se dará a partir de banco de dados oficiais e com um levantamento *in loco* realizado pelos autores nos anos de 2019 e 2020, especialmente sob as dimensões da infraestrutura, saúde, segurança e social.

Ao final, espera-se que a partir do confronto entre o que a norma fala a respeito do funcionamento daquelas Unidades com a realidade encontrada no desenvolvimento da política, possa-se entender os impactos da transição da política em face da Resolução Nº 487 de 2023 do CNJ, especialmente relacionado ao tratamento na rede de saúde e assistência social e com o sistema de segurança.

2 DO SISTEMA DE SEGURANÇA E SAÚDE PARA AGENTES INIMPUTÁVEIS NO BRASIL

O ordenamento jurídico brasileiro prevê como forma de punição para quem descumprir as normas de cunho penal penas alternativas tais como multas, restrições de direito ou medida de segurança, a depender do crime e das circunstâncias no caso concreto, além das penas privativas de liberdade (BRASIL, 1940).

A medida de segurança pode ser dos seguintes tipos: a) internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou estabelecimento adequado; ou b) tratamento ambulatorial, consoante incisos do art. 96 do Código Penal (CP). Entretanto, cabe esclarecer em quais ocasiões podem ser aplicadas essas medidas e para isto, o art. 97 daquele Código dispõe que “se o agente for inimputável”, o juiz decidirá pela sua internação ou, se o delito for punível com detenção, poderá determinar tratamento ambulatorial (BRASIL, 1940).

Por sua vez, o art. 26 do CP classifica como agente inimputável aquele que, por “doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se”.

Diante disso, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), conforme o art. 99 da Lei de Execuções Penais (LEP), são destinados ao tratamento dos sujeitos que foram julgados por algum tipo de crime e são isentos de pena por serem classificados como

inimputáveis (agente inteiramente incapaz) ou semi-imputáveis (agente que não era inteiramente capaz).

Essas duas classificações podem ser extraídas do art. 26 e seu parágrafo único do CP, que trazem, respectivamente, as condicionais do agente que “era inteiramente incapaz”, o inimputável, e do que “não era inteiramente capaz”, o semi-imputável, no tocante à compreensão da ilicitude do fato praticado. Todavia, os dispositivos legais não definem em detalhes quais doenças ou transtornos mentais podem ser considerados para considerar alguém inimputável ou semi-imputável.

Para essa verificação da inimputabilidade, segundo Masson (2014, p. 125), o Brasil adotou o sistema biopsicológico, pois o juiz, ao aplicar a pena, afere a parte psicológica do apenado, reservando-se à perícia médica competente. Logo, o juiz não decide sobre a imputabilidade sozinho, contando com colaboração técnica de uma equipe multidisciplinar, pois exige-se o laudo médico para a comprovação da doença mental, do desenvolvimento mental incompleto ou do desenvolvimento mental retardado.

Contudo, essas patologias não são taxativas e não levam, necessariamente, à inimputabilidade de maneira automática, sendo a avaliação final sempre depende da análise do laudo elaborado pelo profissional médico competente (MASSON, 2014).

Por outro ângulo, as normas constitucionais de direitos humanos visam resguardar, essencialmente, a vida e o respeito à dignidade humana enquanto fundamento inerente ao Estado Democrático de Direito, por meio da preservação da integridade física e moral dos indivíduos, como visto no art. 1º, III, da Constituição Federal de 1988 (CF). Logo, os estabelecimentos para internação e custódia dos inimputáveis também devem obedecer aos requisitos básicos para a dignidade, tais como salubridade e tratamento digno à existência humana (BRASIL, 1988).

Portanto, a aplicabilidade e execução da medida de segurança no código penal quanto a este instituto não se restringe apenas ao mundo jurídico, mas demanda também atenção dos profissionais de saúde e da assistência social.

Desde a década de 1990, há um movimento antimanicomial buscando mudança na legislação acerca da assistência em saúde mental. Em contraponto aos modelos anteriores, limitados a regular uma reação ou punição do Estado a uma infração cometida por pessoas com sofrimento psíquico, no novo modelo proposto, há enfoque na descentralização dos cuidados em saúde mental, saindo da centralidade do atendimento hospitalar, adotando a participação efetiva da família, envolvimento da comunidade e dos demais serviços de saúde, bem como atenção às medidas de promoção e prevenção em saúde mental. Isso foi exposto

em 1990, durante a conferência da Organização Pan-americana de Saúde, cujo documento final ficou conhecido como Declaração de Caracas (LIMA, 2014).

Já no Brasil, em resposta a esse movimento, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) surgiu para estabelecer um novo modelo de tratamento a pessoas com transtornos mentais, incluindo aqueles que cometem infração penal, buscando meios alternativos à internação hospitalar e de restrição de liberdade (BRASIL, 2001).

Em outra direção, na definição de Masson (2014, p. 134) sobre o assunto, o Código Penal brasileiro ainda tratava as medidas de segurança como reflexão da teoria biodeterminista, segundo a qual não há possibilidade de cura de um “doente mental criminoso”, dando a essa sanção um caráter substancialmente preventivo, segregando as pessoas com transtorno mental que estão em tratamento, logo, uma medida unicamente de segurança pública.

Essa contradição motivou mudanças no pensamento do modelo assistencial ao custodiado, tendo como ponto de partida uma releitura das leis penais. Em decorrência, o Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária (CNPCP), por meio da Resolução nº 5/2004, e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), na Resolução nº 113/2010, que embora não tenham competência para modificar leis penais, estabeleceram diretrizes básicas a serem observadas pelo Executivo e Judiciário, a fim de adequar a execução da medida de segurança ao paradigma adotado pela Lei da Reforma Psiquiátrica (PRADO, SCHINDLER, 2017).

Além desse choque de paradigmas entre as leis penais e o pensamento mais atual para tratamento dos doentes mentais, o Brasil passou por dificuldades na sua organização prisional, com frequentes crises, em sua maioria relacionadas à falta de vagas ante ao número de determinações de prisões, incluindo os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico, como corrobora Ferreira (2015).

O primeiro hospital de custódia e tratamento psiquiátrico foi fundado em 1921 no Rio de Janeiro após a repercussão nacional de dois crimes: o assassinato de Clarice Índio do Brasil, mulher de um senador da república; e a rebelião que ocorreu em 27 de Janeiro de 1920 no Hospício Nacional quando os internos da Seção Lombroso conseguiram sair de suas celas, agrediram funcionários do hospício e atearam fogo nos colchões (CARRARA, 2010).

Segundo dados do Sistema Geopresídios - Cadastro Nacional de Inspeções em Estabelecimentos Penais, mantido pelo CNJ, existiam 22 (vinte e dois) hospitais de custódia em funcionamento no Brasil em 2019. Além disso, segundo dados do CNJ, em 2019, cerca de 3.134 (três mil, cento e trinta e quatro) pessoas cumpriam penas nos Hospitais em todo o país.

O Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária (CNPCP), por meio da Resolução nº 5/2004, e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), na Resolução nº 113/2010, estabeleceram diretrizes e normas técnicas a serem observadas pelo Executivo e Judiciário (PRADO, SCHINDLER, 2017).

O país passa por dificuldades na sua organização prisional, com frequentes crises, em sua maioria relacionadas à falta de vagas ante ao número de determinações de prisões, superlotação, incluindo os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico nestes problemas (FERREIRA, 2015).

Entretanto, desde o ano de 2023 o Conselho Nacional de Justiça e o Ministério da Saúde vêm trabalhando em parceria para gradualmente fechar os hospitais de custódia, isto em razão de que o CNJ instituiu, por meio da Resolução Nº 487 de 15/02/2023, a política antimanicomial do Judiciário, ao regulamentar o tratamento dado a pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial — tanto presas quanto acusadas ou investigadas.

O normativo apresenta orientações para a atuação dos juízes durante audiências de custódia que envolvam pessoas com indícios de transtorno mental. O documento estabelece a necessidade de cuidados médicos adequados, bem como o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, especialmente da saúde e assistência social, distanciando um pouco da visão voltado somente para a segurança pública (CNJ, 2023).

Assim, existem questões que demandam a realização de uma análise a respeito da atual situação das Unidades, a fim de identificar o contexto do cumprimento das medidas de segurança aos inimputáveis e semi-inimputáveis.

3 DA SITUAÇÃO NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

No estado do Rio Grande do Norte existe uma única unidade para este tipo de tratamento, a Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamentos, localizada na Rua Iguatú, S/N, Bairro Potengi, zona norte do município de Natal/RN, que atende a demanda de todo o estado.

De acordo com o Diniz (2013, p. 23), a UPCT-RN em 2011 era a vigésima terceira unidade em população dos HCTPs brasileiros e das Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), o que correspondia a 1% (um por cento) da população dos 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP) do país e a 4% (quatro por cento) das pessoas internadas nos estabelecimentos da Região Nordeste.

Ainda na Unidade potiguar verificou-se a existência de 26 (vinte e seis) celas, em duas alas principais, atendendo, 45 (quarenta e cinco) pacientes, entre 2019 e 2020. Algumas

abrigavam um interno, mas outras dois. Nestes casos, a equipe realiza um estudo para analisar a melhor forma da divisão do espaço e quantidade das celas entre presos, de acordo com o comportamento, periculosidade e estágio de tratamento.

Todavia, isso está em desacordo com o art. 88 da Lei de Execuções penais, também aplicável ao caso dos hospitais de custódia, que determina que o apenado será alojado em cela individual (que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório, além de cumprir requisitos de salubridade do ambiente). No entanto, é analisado pela equipe responsável se os pacientes têm condições de conviver na mesma cela, sendo então dividida por até duas pessoas. Tal condição por vezes pode ser avaliada como positiva ao tratamento diante da socialização entre os pares, conforme avaliação da direção.

Além de abrigar custodiados acima da capacidade legal, há uma lista de espera de pessoas em outras unidades, que não são terapêuticas, aguardando espaço para internação na UPCT. Isso evidencia demanda de vagas acima do total atualmente existente e a necessidade de diagnóstico da política estadual com vistas a atender a demanda reprimida, considerando as condições necessárias ao tratamento e recuperação da saúde mental nos moldes da legislação e da política de saúde mental humanizada.

Em entrevista com a gestora da unidade, existia em muitos casos, por falta de local apropriado, apenados reconhecidos por decisão judicial como inimputáveis permanecendo indefinidamente no regime fechado (ou até mesmo em liberdade), confinados em cadeias públicas e penitenciárias, aguardando vaga para a transferência em hospital, o que muitas vezes agravando a sua situação e colocando em risco a integridade física de outras pessoas.

Também conforme entrevista, essa fila de espera não apresentava um critério evidente de quem seria o próximo, pois os custodiados eram apenas enviados pelo Judiciário muitas vezes sem prévio aviso e sem muitas informações, contrariando o art. 173. da LEP.

De fato, segundo identificado junto ao normativo da SEAP e da Coordenadoria de Administração Penitenciária (COAPE), à diretoria da Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento (UPCT) e à Corregedoria Geral de Justiça do RN, não existia regulamentação que discipline, especificamente, os critérios adotados para a aceitação ou recusa de determinação de internação de apenado na UPCT, bem como uma lista de ordem de prioridade com exatidão de nomes.

Ademais, o estabelecimento abrigava apenas pacientes do gênero masculino, descumprindo a Portaria nº 72/2011 do SEAP/RN, que institui o Regimento Interno Único dos Estabelecimentos Prisionais no estado e, em seu art. 14, estabelece que na unidade deveria existir leitos destinados ao tratamento de mulheres presas, tendo como fundamento a isonomia de gêneros.

Conseqüentemente, as apenadas femininas cumpriam medida de segurança em unidades de privação de liberdade comum, sem a atenção necessária à sua saúde mental, tais como o próprio Complexo Penal João Chaves, na Região Metropolitana de Natal/RN, segundo a entrevistada.

No que se refere à quantidade de profissionais de saúde, existia 1 (um) médico psiquiatra, 1 (um) farmacêutico, 1 (um) auxiliar de farmácia, 2 (dois) enfermeiros, 15 (quinze) técnicos de enfermagem. A equipe trabalhava em regime de quatro plantões por mês de 12 (doze) horas. Além dos profissionais de saúde, existia 01 (um) assistente social que auxilia a unidade. Assim, nota-se o quadro multidisciplinar demandado no funcionamento das atividades da Unidade.

O vínculo é considerado instável e precarizado pois os profissionais de saúde não faziam parte do quadro efetivo da Secretaria Estadual de Segurança Pública e era cedidos pela Secretaria Estadual de Saúde a partir da disponibilidade desses profissionais para serem lotados na unidade, em sua maioria de outras unidades de saúde, através de plantões eventuais. Tal condição de vínculos dos servidores implicam diretamente no tratamento insuficiente, tendo em vista que a rotatividade pode acarretar a descontinuidade das ações e do acompanhamento aos custodiados.

Identificou-se que o tratamento era restrito à modalidade ambulatorial na administração de medicações prescritas e não há atividades terapêuticas ou acompanhamento psicossocial, bem como para os familiares dos custodiados.

Já no tocante ao número de profissionais de segurança, o gestor da unidade potiguar expressou que a unidade contava na época com 4 (quatro) equipes de 4 (quatro) agentes penitenciários, mas o ideal seria ter no mínimo 6 agentes por plantão. Isso se deve ao fato de que, quando se necessitava fazer uma ação externa e que precisa de escolta, os agentes que estava de plantão saem para acompanhar o interno, deixando a unidade desassistida para possíveis ocorrências. Também há ocasiões de cumprimento de alvará de soltura dos apenados nas quais parte da equipe precisava se deslocar até a cidade do interior com o intuito de levar o custodiado ao seu domicílio, deixando a sede por vezes com número insuficiente de funcionários.

Sobre as instalações físicas e equipamentos para atendimento de saúde, relatado pela técnica de enfermagem que a sala onde funciona o ambulatório já foi reprovada pela vigilância sanitária, por motivos de infiltrações dentre outros. Esse elemento revela os riscos aos profissionais e aos pacientes que pode acarretar agravos à saúde e integridade física.

Acerca do fornecimento do medicamento para os apenados, a resposta encontrada é que, em sua maior parte, era suficiente, com faltas pontuais. No entanto, ocorre de

medicações simples serem compradas por familiares dos internos e a direção do hospital ter que recorrer ao município de Natal/RN para garantir alguns dos medicamentos, o que revela a insuficiência no fornecimento dos insumos para a administração do tratamento. Identificou-se que parte da demanda é atendida pela Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT), segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde Pública.

Conforme esses dados coletados entre 2019 e 2020, nota-se que a unidade de Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamentos do RN apesar de funcionar com equipe multidisciplinar e básica para o atendimento dos custodiados, nota-se que existia uma

4 DA CONVERGÊNCIA DA POLÍTICA ENTRE SEGURANÇA PÚBLICA, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Inicia-se destacando que, de acordo com a Lei nº 10.216/2001, é de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental (BRASIL, 2001).

A lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, enfatizando, em seu art. 2º, que se aplicam ao atendimento em saúde mental “de qualquer natureza”. Assim, os apenados submetidos aos Hospitais de Custódia têm direito de serem assistidos conforme essa norma. Além disso, essa lei dita que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente de forma digna (BRASIL, 2001).

Na doutrina jurídica, a natureza das medidas de segurança é preventiva, visto que, revestida de suas propriedades curativas, previne – por meio do tratamento da saúde mental do agente – a possível ocorrência de delitos futuros e promove sua devida ressocialização. É o que também se extrai na jurisprudência brasileira referente ao tema:

[...] A medida de segurança tem finalidade preventiva e assistencial, não sendo, portanto, pena, mas instrumento de defesa da sociedade, por um lado, e de recuperação social do inimputável, por outro. 2. Tendo em vista o propósito curativo, destina-se a debelar o desvio psiquiátrico acometido ao inimputável, que era, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. 3. No caso dos autos, imposta medida de segurança de internação, observa-se a existência de patente constrangimento ilegal o fato de ter sido o paciente colocado em presídio comum, em razão da falta de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou outro estabelecimento adequado. [...] (STJ - HC: 108517 SP 2008/0129088-7, Relator: Ministro ARNALDO ESTEVES LIMA, Data de Julgamento: 16/09/2008, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJe 20/10/2008) (grifado)

Por sua vez, a Recomendação nº 35/2011 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), entre outras medidas, estabelece em seu item II a criação de um núcleo interdisciplinar, auxiliar ao juiz, para os casos que envolvam sofrimento mental. Também prevê o acompanhamento psicossocial contínuo durante o tratamento, assim como estabelece, sempre que possível, que o tratamento ocorra em meio aberto, sem que o paciente se afaste do meio social em que vive, para preservar os laços familiares (CNJ, 2011).

A respeito da dignidade do apenado, a partir das normas constitucionais, pode-se extrair que a vida e a saúde de todos os cidadãos (o que, evidentemente, não exclui os apenados), consubstanciada na proteção à integridade física e moral desses, são direitos fundamentais protegidos pela Constituição, consoante art. 5º, caput e inciso XLIX e art. 6º do referido diploma legal (BRASIL, 1998).

Este princípio da dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos básicos do Estado Democrático de Direito, onde vislumbra-se o dever do Estado garantir, dentre outras necessidades, o acesso de todos à saúde, inclusive, ao tratamento de doenças e transtornos mentais, conforme o disposto no art. 23 da Constituição Federal.

A Lei de Execuções Penais também assegura à pessoa privada de liberdade o direito à saúde, consistente no atendimento médico adequado (arts. 10, 11, 14, caput, e 41, VII), bem como a oportunidade de substituir sua pena por medida de segurança, ante o comprometimento de sua saúde mental (art. 183), seja de forma completa ou parcial (semi-imputabilidade), indistintamente.

Nesse cenário, pode-se dizer que a internação – ainda que, no âmbito formal, seja vista como uma medida de segurança na execução penal – objetiva, notadamente, proteger a integridade física e moral do agente, o que inclui a proteção da sua integridade psíquica.

Entretanto a realidade dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em muitos casos assemelhavam-se mais a presídios, uma vez que eram administrados, inclusive, pelo sistema penitenciário brasileiro, e não pela saúde pública ou assistência social, sendo regulamentados pela Lei de Execuções Penais.

Como vislumbrado anteriormente, essa política deveria ser responsabilidade solidária entre a Política de Segurança Pública e a de Saúde Mental (saúde e assistência social), uma vez que deveria se buscar novo modelo de tratamento hospitalar aos pacientes custodiados, com foco em unidades assistenciais e tratamento por equipes multidisciplinares, pautado nos princípios do SUS, indo ao encontro da recuperação da saúde mental e ressocialização dos pacientes, diminuindo o tempo de permanência nas unidades de custódia e suas chances de reincidência criminal.

No ano de 2020, em razão das medidas de isolamento social recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), frente ao contexto de COVID-19 vivenciado mundialmente, algumas regras relativas ao tratamento dos pacientes foram relativizadas, especialmente após denúncias acerca das instituições como locais sem condições mínimas de higiene, sem espaço adequado, superlotado e insalubre, bem como a ausência de servidores.

Diante disso, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Recomendação nº 040, de 18 de maio de 2020, que, dentre outras coisas, visou a implementação de medidas para garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia de Covid-19 (BRASIL, 2020).

Com fundamento neste normativo, alguns locais de tratamento tiveram que se adequar à norma e em muitos casos, diante da falta de lugar adequado, os pacientes pararam de receber visitas de parentes, outros tiveram que continuar o tratamento em casa. Assim, muitos tratamentos foram descontinuados nos Hospitais de Custódia.

No ano de 2023, o Conselho Nacional de Justiça instituiu a Resolução CNJ n. 487/2023, que estabeleceu a adoção da política no exato momento da execução de medida de segurança, a indicação de internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde e a articulação interinstitucional permanente do poder Judiciário com as redes de atenção à saúde e socioassistenciais em todas as fases do procedimento penal (CNJ, 2023).

Com isso, visa-se uma maior eficiência do serviço público e um acompanhamento mais humanizado com a adequação das intervenções médica e assistenciais sinalizada para cada pessoa, pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é composta por serviços e equipamentos variados de atenção à saúde mental, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos Caps III), presentes na Atenção Básica de Saúde, na Atenção Psicossocial Estratégica, nas urgências, na Atenção Hospitalar Geral, na estratégia de desinstitucionalização, como as Residências Terapêuticas, o Programa de Volta para Casa (PVC) e as estratégias de reabilitação psicossocial.

Assim, a opinião da equipe médica e interdisciplinar, consideradas a avaliação biopsicossocial no momento da execução da pena imposta, além disso, a medida de segurança de internação ou de internação provisória e contenção pessoal será dada apenas em hipóteses excepcionais e devidamente justificadas. O que resultará no fechamento

gradual dos hospitais de custódia no Brasil e a absorção dos serviços pela rede pública de saúde, assistência social e judiciário.

No estado do Rio Grande do Norte, a Secretaria de Estado da Administração Penitenciária vem realizando aos poucos a desinstitucionalização do seu UPCT com ajuda de uma equipe ampla composta pelo Tribunal de Justiça, Secretaria de Saúde e outros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, observa-se que as formulações no campo legal, no desenvolvimento de políticas públicas na saúde e na segurança pública reforçam a necessidade de articulação intersetorial com vistas a garantir os serviços dos HCTPs em suas duas dimensões: responsabilização do crime praticado e atenção à saúde mental para se evitar a reincidência e a sua socialização.

A Resolução de 2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) ainda é polêmica pois há quem diga que ela acaba por provocar violações de direitos humanos e ofensa à Lei Antimanicomial, por outro, outros temem a que a medida tenha o efeito contrário com a possibilidade de que detentos que cometeram crimes sejam soltos sem o devido tratamento e acompanhamento psiquiátrico

No campo da saúde, entende que o fechamento das unidades impactará a rede de saúde pública, esta poderá não ter condições de absorver essa demanda e o acompanhamento do convívio com a sociedade de pessoas que cometeram crimes e ainda estão em processo de recuperação poderá ser comprometido.

Na dimensão segurança, sobressai a questão da insuficiência da equipe designada para o local, que apesar de não terem nenhum treinamento para lidar com as especificidades de um HCTP, compreende que é necessário que ajam de forma diferente de uma prisão convencional, além da falta de estrutura adequada.

Sob esse novo olhar da assistência social, esses hospitais diferiam dos hospitais de custódia mencionados anteriormente, que estão relacionados a pessoas com problemas mentais ou transtornos psiquiátricos que cometeram atos criminosos. Enquanto os hospitais de custódia para questões criminais têm um enfoque jurídico-penal, os hospitais de custódia assistência social têm um enfoque de proteção e acolhimento social para aqueles que enfrentam adversidades sociais e não criminais, o que a unificação dos locais de tratamento poderá existir uma confusão.

Assim, é notório que as formulações no campo legal, no desenvolvimento de políticas públicas na saúde e na segurança pública reforçam a necessidade de articulação intersetorial

com vistas a garantir a finalidade dos HCTPs em suas duas dimensões: responsabilização do crime praticado e atenção à saúde mental para se evitar a reincidência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940. **Código Penal**. Portal da Legislação, Presidência da República, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm . Acesso em: 17 jan. 2022.

BRASIL. LEI Nº 7.210, DE 11 DE JULHO DE 1984. **Institui a Lei de Execução Penal**. Portal da Legislação, Presidência da República, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm . Acesso em: 01 mai. 2022.

BRASIL. 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**. Portal da Legislação, Presidência da República, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 05 mai. 2022.

BRASIL. RECOMENDAÇÃO Nº 040, DE 18 DE MAIO DE 2020. **Recomenda a revisão da Nota Técnica nº 12/2020 e a implementação de outras providências para garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia pelo Covid-19**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1181-recomendacao-n-040-de-18-de-maio-de-2020>. Acesso em 12 ago. 2023.

CARRARA, Sérgio Luis. **A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil**. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [online]. 2010, vol.20, n.1, pp. 16-29.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução Nº 487 de 15/02/2023**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf> . Acesso em 27. mai. 2023.

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

FACIO, Lima e ASTORGA, Aguilar. **La importancia del diagnóstico en las políticas públicas**, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, abril, 2011. Disponível em: www.eumed.net/rev/cccss/12/. Acesso em: 23 jun. 2022.

FERREIRA, Fábio Félix. **Crise no Sistema Penitenciário Brasileiro. Revisão de Leitura**. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador. 2015;4(1): 116-129. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/espen/Crisenosistemapenitenciariobrasileiro2015.pdf>. Acesso em 23 jun. 2023.

LIMA, Maria Mayara. **A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O ENCARCERAMENTO**: práticas, tratamento e incoerências na Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento do Rio Grande do Norte. Franca, 22 a 24 de setembro de 2014. Disponível em: <https://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/-planejamentoeanalisedepoliticaspUBLICAS/isippedes/maria-mayara-lima.pdf>. Acesso em 02 mai. 2023.

MASSON,, Cleber. **Código Penal comentado**. 2. ed. rev., atual. e ampl. - Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2014.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. **A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários**. Rev. direito GV, São Paulo , v. 13, n. 2, p. 628-652, ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322017000200628&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jan. 2023.

VITÓRIA, Marjoly Silva da. **Quem são os inimputáveis**.in Jusbrasil.com.br. 02 de maio de 2017. Disponível em: <https://marjoly.jusbrasil.com.br/artigos/454087924/quem-sao-os-inimputaveis> . Acesso em: 02 mai. 2023.