



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

**AS MARCAS DA LONGA INSTITUCIONALIZAÇÃO FACE AO PROJETO DE  
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: implicações na vida dos sujeitos.**

**HARIELLE DOS SANTOS ROCHA**

Rio de Janeiro  
2015

HARIELLE DOS SANTOS ROCHA

**AS MARCAS DA LONGA INSTITUCIONALIZAÇÃO FACE AO PROJETO DE  
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: implicações na vida dos sujeitos.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof.º Dr.º Gustavo Javier Repetti

Rio de Janeiro  
2015

## **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é dedicado a todos os homens e mulheres que perderam parte de suas vidas confinados dentro de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. A eles que tiveram seus sonhos roubados e seus desejos calados.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me guiar e proteger durante toda essa jornada me ajudando a trilhar novos caminhos. Em seguida, a minha mãe Neusa, por tornar meus sonhos possíveis e a minha Vó Nita, que sempre clareou meu olhar e me apontou caminhos. Obrigada pelo seu empenho em meu crescimento, amor e dedicação que me deu durante toda sua vida, ocupando o cargo máximo em meu coração.

Não poderia deixar de citar meus queridos irmãos e minha tia Sonia, que sempre me apoiaram e acreditaram no meu sucesso.

Agradeço a Universidade Federal do Rio de Janeiro, pois foi a partir dessa estada como estudante que pude vivenciar várias experiências indescritíveis, que contribuíram para meu crescimento pessoal, intelectual e profissional. Parte desse crescimento profissional devo às queridas Cristiane Silveira e Tania Dahmer, minhas supervisoras de campo de estágio, que me ensinaram com todo afincamento e amor o encanto de ser uma assistente social.

Meus sinceros agradecimentos aos meus amigos da ESS que sempre me acompanharam e apoiaram em vários momentos de minha vida. E como diria um grande poeta. “Eu talvez não tenha muitos amigos, mas os que eu tenho são os melhores que alguém poderia ter.” (Vinícius de Moraes).

Agradeço também a todas as mãos amigas que ajudaram na realização deste trabalho, e foram muitas...

Meus agradecimentos também ao meu orientador Prof<sup>o</sup>. Dr.<sup>o</sup> Gustavo Javier Repetti e aos examinadores Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Miriam Azambuja Guindani, Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Rogério Lustosa Bastos e Tania Maria Dahmer Pereira, que ajudaram a expandir minha visão de mundo e agregaram muito conhecimento em minha formação.

Por fim, agradeço a todos os professores, alunos e servidores da ESS da UFRJ; todos os meus familiares e outras pessoas queridas que cruzaram o caminho da minha alma. Todos vocês foram combustíveis para o meu sucesso, por isso, tenho um débito imenso de gratidão.

Harielle Rocha

## Epígrafe

### Tempo de Travessia

“Há um tempo em que é preciso  
abandonar as roupas usadas  
Que já tem a forma do nosso corpo  
E esquecer os nossos caminhos que  
nos levam sempre aos mesmos lugares  
É o tempo da travessia  
E se não ousarmos fazê-la  
Teremos ficado para sempre  
À margem de nós mesmos”.

Fernando Pessoa.

## **Resumo**

ROCHA, Harielle dos Santos. **AS MARCAS DA LONGA INSTITUCIONALIZAÇÃO FACE AO PROJETO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: implicações na vida dos sujeitos**. Rio de Janeiro, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

O presente trabalho busca compreender o processo da longa institucionalização e o momento de desinstitucionalização no primeiro Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro - Heitor Carrilho. Abordam-se as contradições oriundas de uma instituição asilar que sob o véu do tratamento psiquiátrico oculta o caráter punitivo desta intervenção junto ao louco-infrator. Dá-se visibilidade às sequelas que a longa institucionalização constrói na vida dos sujeitos, bem como a fragilidade das políticas públicas existentes nesse campo e os limites e possibilidades que a desinstitucionalização oferece.

**Palavras-chaves:** Institucionalização, Desinstitucionalização, Manicômio Judiciário e Medida de Segurança.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CP – Código Penal

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

LEP – Lei de Execução Penal

MJ – Manicômio Judiciário

MP-Ministério Público

SEAP – Secretaria de Estado de Administração Penitenciária

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

ECTP – Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

## ÍNDICE DAS ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Tempo de cumprimento de MS do HCTP-Heitor Carrilho .....	<b>56</b>
Gráfico 2: Destino pós desinternação.....	<b>60</b>
Quadro 1: Hospital de Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho.....	<b>52</b>
Quadro 2: Destinos.....	<b>52</b>
Tabela 1: População do HCTP Heitor Carrilho.....	<b>53</b>
Tabela 2: Cor da população do HCTP Heitor Carrilho.....	<b>53</b>
Tabela 3: Escolaridade do HCTP Heitor Carrilho.....	<b>54</b>
Tabela 4: Diagnóstico da população em MS do HCTP Heitor Carrilho.....	<b>55</b>
Tabela 5: Infrações penais na rede familiar ou doméstica das pessoas internadas em MS HCTP Heitor Carrilho.....	<b>55</b>
Tabela 6: Sentença de desinternação: Cor da população em MS do HCTP Heitor Carrilho.	<b>57</b>
Imagem 1: Rede de Atenção e Saúde Mental no Brasil.....	<b>45</b>



## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I – MANICÔMIO JUDICIÁRIO: QUE LUGAR É ESSE?</b>	
<b>1.1 ANTIGO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HEITOR CARRILHO: PASSADO E PRESENTE</b>	<b>12</b>
<b>1.2 MEDIDA DE SEGURANÇA: TRATAMENTO OU PUNIÇÃO?</b>	<b>22</b>
<b>1.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO II – CAMINHOS PARA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO</b>	
<b>2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA: REFLEXOS NO MANICÔMIO JUDICIÁRIO</b>	
<b>2.2 ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL</b>	<b>45</b>
<b>2.3 PERFIL DOS PACIENTES E DESTINO APÓS DESINTERNAÇÃO</b>	<b>52</b>
<b>2.4 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS: LIMITES E POSSIBILIDADES</b>	<b>62</b>
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>74</b>
<b>4. REFERÊNCIAS</b>	<b>76</b>

## INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema é antigo. Desde que visitei a exposição, em 2011, sobre a demolição do complexo prisional Frei Caneca, no RJ, no parque Lage, fiquei interessada pela temática do sistema prisional. Dessa forma, o interesse foi aumentando e, mais tarde, candidatei-me ao estágio obrigatório de graduação em Serviço Social oferecido pela Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro (SEAP). Alocaram-me, primeiramente, em uma Cadeia Pública, em Magé. Mas, devido a alguns impasses, solicitei transferência e fui encaminhada para o HCTP Heitor Carrilho, permanecendo lá durante o período de julho de 2013 até abril 2015.

A partir disso, fui capturada pela temática da saúde mental, despertando um interesse cada vez maior pelo trabalho que estava sendo desenvolvido na instituição, o de desinstitucionalização. À primeira vista, fiquei impactada em conhecer o triste espetáculo que se apresentava, e fez vir à tona os sentimentos mais solidários e de compaixão. Pessoas marcadas pelo sofrimento de longa data e por um grande período de confinamento, agregado ao abandono e estigmatização foram suficientes para chamar minha atenção e gerar uma inquietação, ao me deparar com olhares tão perdidos e corações tão vazios de esperança. Dessa forma, trilhei caminhos que me ajudassem a entender o processo ali instituído e toda a temática que atravessava essa questão. Cabe registrar que mesmo diante de todas as dificuldades que presenciei durante a experiência em campo, posso dizer que fiquei muito feliz em participar da realização deste trabalho, pois, foi fundamental e agregador em minha formação. Além disso, tive um grande crescimento pessoal e profissional.

Nesse sentido, a relevância desse estudo se desenha no âmbito do exercício profissional com esses usuários que foram adestrados a responderem determinadas práticas do sistema prisional e agora se encontram face ao novo processo de vida que se apresenta: o da desinstitucionalização. O cenário do HCTP é, paradoxalmente, atravessado pela cultura manicomial e prisional, o que dificulta as mudanças propostas na política de saúde mental derivada da Lei 10.216/01, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e preconiza a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, na qual o indivíduo é tratado sem ser isolado de sua própria comunidade, a partir de uma lógica territorial.

Este trabalho se propõe a analisar o processo da longa institucionalização e o momento de desinstitucionalização, na particularidade do primeiro Hospital de Custódia e Tratamento

Psiquiátrico Heitor Carrilho<sup>1</sup>. Desenvolver-se-á uma reflexão que procura investigar quais são os rebatimentos na vida dos sujeitos advindos do processo de institucionalização, e quais os caminhos encontrados para sua superação no processo de desinstitucionalização. Em suma, a pesquisa foi realizada através de análise bibliográfica e documental sobre a temática envolvida, bem como a partir de anotações em diário de campo e observação participante durante o período de estágio.

De acordo com Goffman,<sup>2</sup> “se a estada do internado é muito longa, pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior, o que já foi denominado “desculturamento” – isto é, “destreinoamento” – que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária” (1992, p. 23).

Assim, no capítulo I, intitulado Manicômio Judiciário que lugar é esse? Buscamos apresentar um breve histórico sobre o “nascimento” e a “morte” do manicômio judiciário como foi chamado, inicialmente, e posteriormente pelo nome de HCTP-Heitor Carrilho. A partir disso, trabalhamos também o conceito de medida de segurança, perfil dos pacientes, e mostramos, em outro ponto, como o processo de institucionalização é nocivo a subjetividade do ser humano.

No II capítulo, procuramos mostrar os caminhos para a desinstitucionalização do louco-infrator e como o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira teve reflexos no manicômio judiciário. Analisam-se as estratégias de desinstitucionalização das práticas, destacando limites e possibilidades vivenciadas durante esse processo. Por fim, identificamos e problematizamos as políticas públicas de saúde mental e as fragilidades que compõem esse emaranhado.

---

<sup>1</sup> Hospital criado em 1921, primeiro desse gênero na América Latina.

<sup>2</sup> É preciso entender a obra de Goffman sócio historicamente situada. Nossa análise se refere a uma instituição contemporânea e por isso, a referência a este autor contribui para nos apropriarmos de algumas determinações estruturais sobre a instituição total, sem desconhecer que elas na contemporaneidade apresentam particularidades que excedem a análise do autor.

## 1 MANICÔMIO JUDICIÁRIO: QUE LUGAR É ESSE?

“[...] Eu não sei se isso aqui é um hospital implantado numa cadeia, ou se é uma cadeia implantada num hospital<sup>3</sup>”.

### 1.1 ANTIGO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HEITOR CARRILHO: PASSADO E PRESENTE

O presente trabalho inicia-se com o esclarecimento do termo “antigo hospital”, referente ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) Heitor Carrilho, fechado em 2012. Dessa forma, atualmente, o Heitor Carrilho funciona como “abrigo”, ou seja, este mantém pacientes na condição de albergados, que já cumpriram medida de segurança e estão na condição de desinternados, aguardando um local para moradia.

Carrara (1988), em seu estudo, relata que o Código Penal de 1890, dizia que os loucos criminosos ou condenados que enlouqueciam nas prisões, deviam ser entregues aos seus familiares ou internados nos hospícios públicos, se fosse o caso. E esta decisão era proveniente do juiz.

Em 1903, apareceu uma lei especial para a organização da assistência médico-legal a alienados no Distrito Federal e que se pretendia modelo para a organização desses serviços nos diversos estados da União (Dec.n.º. 1132, de 22/12/1903). Segundo tal legislação, cada Estado deveria reunir recursos para a construção de manicômios judiciários e, enquanto tais estabelecimentos não tivessem sido erguidos, dever-se-iam construir anexos especiais aos asilos públicos para o recolhimento desse tipo de alienados (CARRARA, 1988, p. 49).

O destino dado aos loucos-criminosos, considerados degenerados, era o Hospício Nacional de Alienados, até então. Foi, a partir de 1903, com a proposta dessa legislação e no bojo dessas transformações que se criou uma seção especial para abrigar os loucos-criminosos, cujo nome era Seção Lombroso do Hospício Nacional. “Na falta de um manicômio criminal, o asilo comum, o hospício de alienados deve guardá-lo até completa cura, ou, sendo esta impossível, até que, sem perigo, possa ser entregue à família”. (CARRARA, 1988, p.188).

Nesse ínterim, tentou-se junto a Juliano Moreira<sup>4</sup> o internamento em um dos estabelecimentos da Assistência. “O psiquiatra se mostraria refratário às necessidades do Tribunal, declarando que nenhuma das instituições públicas destinadas aos alienados estava aparelhada para receber esses “degenerados” (CARRARA, 1988, p.190)”.

<sup>3</sup> Relato de Anderson, paciente internado no Manicômio Judiciário (Ibrahim, 2014, p.25).

<sup>4</sup> Médico Psiquiatra com medidas de impacto, como a incineração de camisas-de-força e a criação de espaços para diálogo com os pacientes, conferiram novos rumos à psiquiatria brasileira. A mudança da denominação de Colônia de Alienados de Jacarepaguá para Colônia Juliano Moreira vem homenagear este psiquiatra e sua contribuição inestimável para a Psiquiatria brasileira. Acesso em 2015. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/moreira.html>

Um novo caso foi estudado: o de um casal de jovens. O legista declarou que ambos eram “degenerados”, desaconselhando novamente o internamento no Hospício Nacional, assim como na maioria dos casos. No entanto,

Um grande número de tipos idênticos vive no meio social, mesmo porque o Hospício Nacional, não podendo exercer influência alguma sobre o estado de deficiência mental desses indivíduos, os põe novamente em liberdade, abrindo espaço para outros que se beneficiam do tratamento, ou que são um perigo iminente para a sociedade ou para si próprio. Ora, não é esse o caso dos dois examinados. A casa de Detenção, por sua vez, não parece ser o asilo apropriado desses indivíduos. Só um asilo-prisão ou, como na Itália, uma casa di (sic) custodia (sic), resolveria satisfatoriamente a questão do destino que eles deveriam ter (CARRARA, 1988, p. 191 *apud* Proc. s/ n.º, de 13/01/1914, a Justiça contra Antônio Domingos Cabral e Maria da Conceição Santana, fls. 95-96)

Já o caso de Antônio e Maria foi a júri e estes acabaram condenados a cumprir pena em prisão. “Parece-me já estar suficientemente claro o tipo de problema que a incidência de categorias como a de “degenerado” ou “criminoso nato”, ou melhor, da noção biodeterminista da pessoa humana que elas expressam, impunha às formas socialmente previstas para a contenção e repressão dos transgressores” (CARRARA, 1988, p.191).

Com todos esses fatos ocorrendo, acreditava-se que a única solução seria a construção de um asilo criminal. Sobretudo, essa ideia ganha força no bojo de outros acontecimentos que tiveram grande repercussão na mídia, na imprensa e no poder público. Afirma-se cada vez mais a necessidade de um manicômio judiciário. Pois, a possibilidade de o assassino degenerado vir a ser absolvido faz com que a própria imprensa se engaje intensamente na luta pela criação de um manicômio judiciário para uma repressão mais eficaz a esses delinquentes.

“Os termos em que a discussão aparece nos jornais atestavam, de forma clara, a ambigüidade da percepção social que se construía em torno dessas estranhas figuras, meio inocentes e meio culpados, que eram os degenerados, os criminosos natos, os anômalos morais, enfim” (CARRARA, 1988, p.192).

Partindo de uma análise da conformação dessas instituições, vimos que segundo Foucault (2012), a partir da transição do século XVIII para o século XIX, novas formas de punir surgem, pois, o que importa não é mais mostrar o crime, mas saber que ele é punido. As prisões surgem como um meio de encarceramento adestrado, econômico, hierárquico e ideológico.

Na Europa nascem, então, os espaços específicos e a punição em praça pública deixa de acontecer. Do exterior não se pode ver o que acontece no interior, entretanto, a imponência das prisões deve ser a certeza da punição e, conseqüentemente, da segurança, a qual o novo modo de vida da sociedade exige. No interior, os espaços são organizados, disciplinadamente, de modo a controlar o tempo e as atividades. É imposto o modelo da vigilância: o panóptico,

em que a hierarquia dos espaços determina em quais lugares se assume o papel de vigilante e vigiado. Nas palavras do autor: “É um tipo de implantação dos corpos no espaço, de distribuição dos indivíduos em relação mútua, de organização hierárquica, de disposição dos centros e dos canais de poder, de definição de seus instrumentos e de modos de intervenção (...)” (Foucault, 2012, p.197).

É polivalente em suas aplicações: serve para emendar os prisioneiros, mas também para cuidar dos doentes, instruir os escolares, guardar os loucos, fiscalizar os operários, fazer trabalhar os mendigos e ociosos. É um tipo de implantação dos corpos no espaço, de distribuição dos indivíduos em relação mútua, de organização hierárquica, de disposição dos centros e dos canais de poder, de definição de seus instrumentos e de modos de intervenção, que se podem utilizar nos hospitais, nas oficinas, nas escolas, nas prisões (FOUCAULT, 2012, p.195).

Esse modelo acaba por se tornar útil a outras dimensões da sociedade, como fábricas, escolas, hospitais etc. A disciplina imposta por esse estado constante de vigilância faz os corpos dóceis, “assegura o funcionamento automático do poder” (FOUCAULT, 2012, p. 191). Se nas prisões espera-se reabilitar o criminoso ao convívio social, essas outras instituições seguem a mesma lógica. A dinâmica dos espaços funciona como uma máquina de transformação do indivíduo para que ele possa estar em sintonia com o modo de vida capitalista.

O panoptismo é capaz de reformar a moral, preservar a saúde, revigorar a indústria, difundir a instrução, aliviar os encargos públicos, estabelecer a economia como (sic) que sobre um rochedo, desfazer, em vez de cortar, o nó górdio das leis sobre os pobres, tudo isso com uma simples ideia arquitetural (FOUCAULT, 2012, p.196).

Voltando ao percurso do Manicômio Judiciário, em 1920, na Seção Lombroso do Hospício Nacional, houve uma rebelião. Os internos conseguiram sair de suas celas, agrediram funcionários do hospício e atearam fogo nos colchões, gerando uma enorme comoção. Na época, encontravam-se na direção Juliano Moreira e Heitor Carrilho.

Afirma Juliano Moreira,

Fatos como esses são registrados em todos os manicômios, havendo a frisar uma, neste caso, circunstância agravante – é que os criminosos loucos, os que faziam a revolta, não deveriam estar alojados aqui no Hospício, mas numa prisão de caráter especial, prisão e manicômio ao mesmo tempo. A presença de criminosos nestes estabelecimentos não é permitida em países mais cultos (CARRARA, 1988, p. 193 *apud O imparcial*, 28/01/1920, p. 2).

Assim, percebemos, diante dos acontecimentos acima juntamente com influentes opiniões à época e o apoio da mídia, a necessidade pela construção de um manicômio judiciário. Dessa forma, surge o Manicômio Judiciário, em 1921. “Esta foi à primeira instituição deste gênero na América Latina e esteve sob a direção do médico psiquiatra

Heitor Pereira Carrilho, que já vinha chefiando a Seção Lombroso do Hospital Nacional - ou seja, a seção, que foi embrião do referido manicômio” (FORTI, 2010, p.125).

Em 21 de abril de 1920 – era lançada, nos fundos a Casa de Correção, na Rua Frei Caneca, a pedra fundamental do primeiro asilo criminal brasileiro, que seria inaugurado em 30 de maio do ano seguinte. Coroava-se então um processo muito mais amplo que atingindo as práticas jurídico-penais como um todo, fez com que nossos tribunais, como bem apontou Foucault, passassem, a partir de finais do século XIX, a não julgar mais atos criminosos, mas a própria alma do criminoso (CARRARA, 1998, p. 194 *apud* Foucault, 1977).

Ou seja, a ideia do ato criminoso produzido pela alma do sujeito, juntamente com a previsibilidade de voltar a delinquir já que o transtorno não tem cura. Frente ao resumido contexto, iremos fazer um breve percurso no tempo para conhecer rapidamente como surgiram essas instituições em outros países. Segundo Forti (2010, p.125), “tudo indica ter sido a Inglaterra o primeiro país a erguer, em 1870, uma instituição especial destinada aos loucos-criminosos. A França e os Estados Unidos haviam apenas destinado anexos de alguns presídios para a reclusão e o tratamento dos considerados delinquentes-loucos ou dos condenados que enlouqueciam nas prisões”.

Segundo Ibrahim,

Como se sabe, nem sempre a loucura foi encarcerada. No início do século XV o louco – então denominado lunático, pecador – usufruía de relativa liberdade e era apoiado pela caridade alheia. Em algumas localidades da Europa era comum deixar-se o louco vagando pelos campos, enquanto que em outras sociedades europeias ele convivia livremente junto aos mendigos, mágicos, libertinos, enfim, àqueles considerados como diferentes dos demais. Fato é que a loucura, com suas características muitas vezes extravagantes, era considerada expressão da vontade divina. Supunha-se o louco como detentor de uma sabedoria, aquele que em seu delírio proferia a verdade, aquele glorificado tanto por seu saber hermético quanto por sua ingênua franqueza. Deve-se ressaltar, contudo, que essa prática em lidar com a loucura variava de local para local, podendo encontrar-se cidades que recolhiam seus loucos em dormitórios ou ainda outras que os escorraçavam a pedradas. Algumas entendiam que, como se tratava de população que não trabalhava, esses indivíduos eram vistos como marginais e improdutivos e, assim, não lhes era permitido compartilhar o espaço social. As cidades começam, então, a expulsá-los. (IBRAHIM, 2014, p.33).

A mesma autora afirma: “nesta lógica da exclusão Foucault traz a imagem ficcional da Nau dos loucos<sup>5</sup> que, no entanto, teve existência concreta nas sociedades europeias entre o século XIV e XVI” (2014, p.33).

---

<sup>5</sup>Um objeto novo acaba de fazer seu aparecimento na paisagem imaginária da Renascença; e nela, logo ocupará lugar privilegiado: é a Nau dos loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengo. A *Narrenschiff* é, evidentemente, uma composição literária[...] mas de todas essas naves romanescas ou satíricas, a *Narrenschiff* é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante”. (Foucault, 2009<sup>a</sup>, p. 9).

Assim, Ibrahim (2014) fala da embarcação, o louco fica a mercê da sua própria errância; melhor dizendo, preso a sua própria liberdade. Louco e desterritorializado ele vaga pelos mares até ser definitivamente excluído de todo e qualquer contato com o mundo.

Na época clássica, as instituições que os recebiam não dependiam de conhecimento ou de critérios médicos para interná-los, mas tão somente, como adverte Foucault (2009 a), de uma percepção social produzida por tantas outras instituições, tais como a Igreja, a polícia ou a própria família.<sup>6</sup> Estas valiam de critérios, não da medicina, mas daqueles que diziam respeito à transgressão da razão e da moralidade para designar e excluir o louco (IBRAHIM, 2014, p.36).

“Assim o louco e os outros marginalizados pela consciência hegemônica - os hereges, libertinos, homossexuais, filhos ingratos, e toda uma sorte de indivíduos colocados à margem -, são capturados agora, em instituições fechadas” (IBRAHIM, 2014, p. 36).

“Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão” (FOUCAULT, 2012, p. 174).

Foucault (2012) dizia que o hospital, até o século XVIII, não era para servir o doente, era preciso curar o pobre que estava morrendo. A função que o hospital encarnava era um “morredouro”. A missão não era propriamente a cura do paciente e sim sua salvação, pois era conduzido por uma linha religiosa e caritativa com objetivo de assegurar a salvação eterna do pobre. O hospital assumia uma “função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população” (FOUCAULT, 2012, p. 175).

O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII e o Hospital Geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas etc., é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece (FOUCAULT, 2012, p. 188).

Foucault (2012) nos conta que, a partir do final do século XVIII, o modelo de hospital-exclusão onde se dirigiam os doentes para morte, não deve mais existir. O espaço hospitalar passa por um movimento de medicalização em sua função e seus efeitos, agora será concebido como um espaço de cura, e não mais, como de morte, assumindo um espaço terapêutico organizado por médicos. Agora, os indivíduos passam a ser alvos da medicina hospitalar, a partir do século XIX.

---

<sup>6</sup>Era comum, no século XVIII, que amigos, parentes ou mesmo vizinhos solicitassem à autoridade real a reclusão ou o afastamento de um elemento perturbador, através das letres de cachet, instrumentos que datam entre 1660 a 1760 e ocupam lugar de destaque no que diz respeito à análise foucaultiana das relações entre o poder e o discurso. Tratava-se de documentos emitidos em nome do rei da França - não necessariamente por sua própria iniciativa -, que tinham como função manter em regime de prisão ou de internamento todo o indivíduo cujo comportamento era, no discurso desses mesmos documentos, tipificados de “indesejáveis”.



Relata-se que, nos séculos XVI e XVII, para o acolhimento dos loucos, existiam os Hospitais e as Santas Casas de Misericórdia. Estas instituições configuravam-se como espaços de acolhimento piedoso, nos quais os religiosos recebiam os excluídos, doentes, ladrões, prostitutas, loucos e miseráveis para dar-lhes algum conforto e, de certo modo, diminuir seu sofrimento (CORREIA, 2007, p.19 *apud* AMARANTE, 1998; FOUCAULT, 1984, 2004a). Assim, o hospício tinha uma função característica de “hospedaria”, representando o espaço de recolhimento de todas aquelas pessoas que simbolizavam ameaça à lei e à ordem social.

Em História da Loucura, Foucault (2009 a) demonstra que, tanto a doença mental como a intervenção da medicina com relação ao louco é historicamente datada: não é senão no final do século XIX que se dá início ao processo de patologização da loucura e é, neste momento, que o louco, não mais um desarrazoado, mas, agora, um alienado será, então, incurso na lei 1838<sup>7</sup>[...] (IBRAHIM, 2014, p.55).

“Cria-se, então, uma nova forma de assistência no que diz respeito à questão da loucura: o século XVII faz acontecer o ‘grande internamento’ dos insanos. Aí já não mais se ouve a voz do louco, mas tão somente o seu silêncio” (IBRAHIM, 2014, p.35).

Estas figuras da desrazão – os insanos, as prostitutas, os vagabundos e todos aqueles que infringiram a ordem da família e da igreja- são vistas pela sociedade como o ‘outro negativo’ e, portanto, deveriam ser banidas e isoladas do meio, tal qual o modelo da peste no início do século XVII (IBRAHIM, 2014, p. 37).

Em prosseguimento com a história do aparecimento do primeiro manicômio judiciário no Brasil, vimos que: a palavra “manicômio” deriva do grego “mania” que significa loucura, e “Komêin” que quer dizer cura (CORREIA, 2007, p.19). Nesse sentido, acredita-se que “manicômio” pretende ser um local destinado ao tratamento e cura dos ditos “loucos”. E Judiciário<sup>8</sup> vem da palavra justiça que tem seu significado relativo à justiça; relativo à organização da justiça. Sendo assim, “O Manicômio Judiciário (MJ) é um hospital psiquiátrico-penal, que custodia, em sistema de reclusão e sob regime fechado, indivíduos portadores de sofrimento mental que cometeram crime” (IBRAHIM, 2014, p.50).

Muito embora, como sabemos e apontam as legislações, para a “prisão” enviamos os culpados; para hospital ou hospício enviamos os “inocentes”. Logo, o MJ constitui local de tratamento e não de punição. Mas devido seu caráter ambíguo essas noções se perdem.

Há 33 anos, eu atravessava o primeiro grande portão de grades do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, hospital-penal do Departamento do Sistema Penitenciário, subordinado à Secretaria da Justiça, parte integrante do antigo Complexo Penitenciário Frei Caneca, localizado no bairro do Estácio, Centro do Rio. Neste mesmo grande terreno agrupavam-se antes de serem implodidos-, quatro penitenciárias masculinas, um presídio feminino e dois presídios masculinos.

<sup>7</sup> A Lei de 30 de Junho de 1838, elaborada por Esquirol e Pinel, foi modelo para muitos países. Ela tinha como objetivo a obrigatoriedade de cuidado aos insanos através da criação de estabelecimentos públicos, então denominados asilos.

<sup>8</sup> Acessado em março 2015. Disponível em: [http://www.dicio.com.br/judiciario\\_2/](http://www.dicio.com.br/judiciario_2/)

No centro desse caldeirão humano situa-se, ainda hoje, como o único sobrevivente, o local destinado aos chamados ‘loucos- criminosos’: o então conhecido Manicômio Judiciário (IBRAHIM, 2014, p.26).

Segundo Ibrahim (2014), o descaso com o paciente encarcerado em instituições totais se reflete também nas dependências físicas do MJ, que recebe pouco investimento para melhorias estruturais. Uma passagem de “Meu nome não é Jonny<sup>9</sup>” é esclarecedora:

O recém-chegado tentou relaxar para dormir, mas o aspecto do ambiente não ajudava. Paredes encardidas, umidade, colchões nus, alguns focos de mofo. [...]. Deitou e fechou os olhos, imaginando-se num lugar melhor, para ver se o sono perdia a cerimônia. Pouco tempo depois de ter finalmente adormecido, sentiu algo arranhando levemente sua face, como se alguém de unhas compridas estivesse tentando acordá-lo. Abriu os olhos no exato momento em que uma gorda ratazana escalava seu rosto. Ainda teve tempo de sentir o peso e o calor do bicho contra sua pele, antes de dar-lhe um violento tapa, acompanhado de um grito de horror e ódio (IBRAHIM, 2014, p.31 *apud* FIÚZA,2004, p. 163).

Nesse sentido, a autora nos dá um breve panorama de como se estrutura esse tipo de instituição na sociedade. Salienta-se também seu caráter radicalmente contraditório presente no sentido de prisão/hospital ou hospital/prisão - essa dupla “função” é atravessada por algumas contradições. O fato do MJ<sup>10</sup> fazer parte do sistema penitenciário vinculado à justiça criminal e, ao mesmo tempo ser um hospital lhe outorga um caráter contraditório.

“Portanto, a contradição radical posta no reconhecimento do louco-infrator e sua custódia pelo aparato estatal compreendem desde seu nascedouro, como vimos às dimensões de contenção, isolamento em aparato prisional e de tratamento ao mesmo tempo” (DANTAS & PEREIRA, 2011, p. 151).

A localização física do MJ está situada ao lado do antigo complexo penitenciário, hoje demolido, porém ativo por muitos anos no passado. Dessa forma, isso em alguma medida propiciou um único cenário no imaginário social, o do sistema prisional. Muitos são os exemplos a serem destacados aqui que compõem esse cenário. De acordo com Dantas e Pereira (2011), os hospitais de custódia adquirem uma cultura prisional, como praxes próprias tais como: conferências diárias de pacientes (conferir diariamente se alguém fugiu); espaços delimitados e restritos de circulação; revistas vexatórias corporais e de objetos de pacientes e seus familiares em dias de visita. Ressalta-se também a linguagem que é reproduzida entre funcionários e pacientes que reproduzem o jargão prisional (o <sup>11</sup>vagabundo, a “sucata” trazida pela família, o caô<sup>12</sup> etc) utilizado para tratar os transtornos mentais de que foram acometidos

<sup>9</sup> Direção Mauro Lima, 2008.

<sup>10</sup> Como se refere Carrara (ano), MJ é abreviação de Manicômio Judiciário.

<sup>11</sup> Malandro, desprovido de honestidade, que não gosta de trabalhar e que não possui ocupação.

<sup>12</sup> Mentira contada com intenção de enganar. Acesso em maio 2015. Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/ca% C3%B4/>

os portadores de medida de segurança. Destaca-se a diferenciação do termo vagabundo (no feminino e no masculino), por exemplo, vagabunda é conhecida como mulher que gosta de ter muitos homens; vadia; puta; que dá facilmente. E vagabundo tem uma conotação de malandro ou pessoa à toa. Ou seja, percebemos a distinção e opressão do uso desse termo no ambiente prisional, o uso no feminino tem uma conotação muito mais ofensiva do que o uso no masculino.

“Um dos termos que nomeia o hospital – a custódia – está investido pela cultura prisional. Custodiar significa “guardar em segurança”, “proteger”. Custodiar, no âmbito prisional recebe as tintas fortes do autoritarismo, do disciplinamento pela coerção e submissão (PEREIRA, 2010, p. 175).

Sinaliza-se que, o antigo Manicômio Judiciário teve seu nome modificado para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (HCTP).

Thais Beiral conta que:

No ano de 1984, a Lei de Execuções Penais (LEP) alterou o termo “Manicômio Judiciário” para “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” (HCTP), o que a nosso ver, pode contribuir não apenas para mascarar a realidade dessas instituições, mas também para fomentar a falsa ideia de que os Manicômios, e suas práticas desumanas, não existem mais no País (BEIRAL, 2013, p. 49).

Em concordância com as autoras, é possível dizer que não adianta mudar a nomenclatura se as práticas e a mentalidade continuarem sendo as mesmas. Contudo, a partir dessa nova condição vivenciada pela instituição, devido ao seu fechamento e o processo de desinstitucionalização, notam-se tímidas mudanças em relação ao tratamento do louco-infrator.

Como afirma Pereira & Dantas,

(...) Vivemos, pois, nestes espaços ocupacionais dos hospitais de custódia, o entrelaçamento de duas políticas pública – a política penitenciária e a política de saúde mental, e o embate entre uma práxis baseada na cultura prisional, e uma outra comprometida com um projeto societário mais amplo, voltado para o resgate da cidadania, a desinstitucionalização e a inclusão do “louco” (PEREIRA & DANTAS, 2011, p.152).

Dando continuidade ao histórico da instituição o HCTP-Heitor Carrilho, esse pertence à Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro (SEAP-RJ), que tinha como objetivo o recebimento de pacientes sob o regime de internação por determinação judicial para cumprirem medida de segurança com proposta de internação variável de um a três anos. Ressalta-se que, cerca de 90 anos após sua construção, mediante ação civil

pública<sup>13</sup>, isto é, de determinação judicial, o hospital vem sendo extinto e não recebe mais pacientes em cumprimento de medida de segurança. Hoje, a instituição conta com atuação de uma equipe multiprofissional<sup>14</sup> e de agentes penitenciários<sup>15</sup>.

Neste momento institucional, as principais atividades exercidas pelos profissionais e estagiários no HCTP-Heitor Carrilho, em prol da desinstitucionalização, têm sido: a localização de familiares para avaliar possibilidade de retorno do paciente à família; realização de visitas domiciliares e institucionais como idas ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para apresentação de casos, ou seja, localizar recursos institucionais de saúde mental, a fim de buscar uma corresponsabilização no futuro tratamento, bem como em alguns casos a necessidade de vaga em Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Além de idas a agências de INSS para pleitear benefício social; audiências de interdição (chamada feita pelo Ministério Público), providenciar a expedição de documentos civis, atendimento interdisciplinar, apoio dos estagiários na elaboração de projetos terapêuticos dos pacientes; elaboração de laudos e relatórios, além da participação semanal em reuniões de equipe.

Diante da atual conjuntura, houve uma redução de profissionais. As duas equipes existentes se fundiram, assim, formando uma só equipe, restando: duas psicólogas; duas assistentes sociais; um enfermeiro; cinco técnicos de enfermagem; um médico clínico; um médico psiquiatra, duas terapeutas ocupacionais e estagiários de serviço social e psicologia. Esses profissionais se deparavam com salários defasados, condições de trabalho precárias, além da ausência de plano de carreira e de novos concursos, visto que, o último concurso realizado para técnicos da saúde da SEAP foi em 1998.

Visto o atual cenário de precarização que vivemos, a coordenação de Serviço Social ordenou um chamado a uma das assistentes sociais, para que a mesma dividisse sua carga horária entre o HCTP-Heitor Carrilho e em outra unidade prisional. Isso mostra claramente a insuficiência de profissionais para suprirem as demandas das unidades prisionais. De acordo com um dos princípios do Código de Ética do Serviço Social (1993), devemos ter o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento

---

<sup>13</sup> A 3ª Promotoria de Justiça de Saúde da Capital obteve junto à 7ª Vara de Fazenda Pública da Capital, no dia 04/09/2012, uma liminar que, através de Ação Civil Pública (ACP), obriga o Estado e o Município do Rio de Janeiro a imediata desinstitucionalização do Hospital de Custódia e Tratamento Penitenciário Heitor Carrilho (Fonte: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro). Ressaltamos que a ACP não menciona sobre o necessário fortalecimento da Rede de Saúde/Saúde Mental, bem como as demais Políticas Sociais envolvidas, para o recebimento dos pacientes desinstitucionalizados.

<sup>14</sup> Equipe (assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico psiquiatra, enfermeiro e técnico de enfermagem). Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal - LEP) estabeleceu originariamente três avaliações técnicas, firmadas por uma equipe interdisciplinar de profissionais das áreas de Psicologia, Psiquiatria, Assistência Social e Segurança Pública.

<sup>15</sup> Guarda da prisão. Inspetor de Segurança Penitenciária (ISAP).

intelectual, na perspectiva da competência profissional”, ou seja, diante desse cenário de precarização, consideramos uma ameaça para efetivação desse princípio.

Salienta-se que, a partir de uma invenção do HCTP-Heitor Carrilho e da Vara de Execuções Penais (VEP) no período anterior ao fechamento, existiam as *saídas terapêuticas* e *saída terapêutica assistida* destinada aos pacientes internados. A primeira possibilitava o paciente visitar a família e amigos, comparecer a algum dispositivo extra hospitalar de tratamento e fazer passeios, com intuito de permitir a construção de vínculos e de colocá-lo em gradual aproximação ao meio no qual irá viver após desinternação. Para os que não tinham familiares, usava-se a segunda opção, o recurso da saída terapêutica assistida feita pela equipe técnica, para ambientação extra muro na companhia do técnico de referência. Essas requisições eram realizadas por membros da equipe técnica ao juiz da Vara de Execuções Penais para solicitar autorização para realizarem as saídas.

Hoje, o HCTP-Heitor Carrilho experimenta um novo momento: o da desinstitucionalização, que foi preconizada a partir do movimento consolidado, nos anos 1980 pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Assim, desenha-se um novo modelo de assistência, voltado para o resgate da cidadania, da inclusão social do “louco” e de sua desinstitucionalização. Veremos seus rebatimentos no próximo capítulo desse estudo.

## 1.2 MEDIDA DE SEGURANÇA: TRATAMENTO OU PUNIÇÃO?

Agora que já sabemos como essas instituições se organizam, vamos conhecer e discutir o que é medida de segurança e a quem serve.

A primeira codificação da medida de segurança surgiu no Código Penal suíço, em 1893 e, posteriormente, no Código Penal português, em 1896, no da Noruega, em 1902, da Argentina, em 1921, e no italiano, em 1930 (CORREIA 2007, *apud* ANDRADE, 2004).

A origem da medida de segurança se encontra na Escola Positiva do Direito Penal no final do século XIX. Esta Escola negava a distinção entre imputáveis e inimputáveis, afirmando que a sociedade não deveria punir, mas defender-se através de medidas de segurança contra aqueles que se manifestam perigosos (CORREIA 2007, p.57 *apud* CORRÊA, 1999). Assim, a medida de segurança foi criada como mecanismo de defesa social, objetivando um regime de segurança com o fim de defesa da sociedade. As suas bases conceituais emergem da noção de periculosidade e da concepção de prevenção social (CORREIA 2007 *apud* ALVIM, 1997).

No Brasil, a promulgação das medidas de segurança concretiza-se em 1940 no Código Penal (CP).

A duração mínima da medida-de-segurança (sic) para tratamento é estipulada por lei (CP, art. 91), sendo menor, mas proporcional à duração da pena que seria prevista para o mesmo crime caso seu autor fosse considerado responsável, ou seja, mentalmente sadio e desenvolvido. Ao término do prazo estipulado para a medida-de-segurança (sic), novo laudo médico psiquiátrico deve ser produzido para a avaliação do estado mental do acusado e/ ou de sua periculosidade. Caso o juiz constate, mediante o laudo, que o interno continua doente e/ ou perigoso, seu internamento deve prosseguir. Além disso, nessa legislação, é muito importante o fato de o juiz ter o direito de recusar os laudos psiquiátricos no todo ou em parte, qualquer que seja o resultado de tais laudos (CARRARA, 1988, p. 30).

Desta forma, “o movimento social de segmentos de médicos e juristas brasileiros, entre eles Teixeira Brandão, Heitor Carrilho, com base na legislação existente em outros países, institui a figura do sujeito inimputável ou semi- imputável, a ser internado e tratado em MJ” (DANTAS & PEREIRA, 2011, p. 149). De acordo com a Lei 7.210, de 11 de julho de 1984, Lei de Execuções Penais, “O condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado” (BRASIL, 1984).

Faz-se necessário esclarecer que, pena privativa de liberdade será aplicada somente aos responsáveis e afirma-se na culpa, ou seja, os considerados culpados e também se caracteriza como uma sanção imposta a um fato concreto e passado (o crime), de maneira retributiva e proporcional à gravidade do mesmo. Em contraste, a medida de segurança é aplicada aos semi-responsáveis e irresponsáveis, tomando como fundamento a periculosidade, a probabilidade de praticar novos crimes.

Se, durante o processo-crime (sic), for levantada a hipótese de ser o acusado um “doente mental” ou ter “desenvolvimento mental incompleto ou retardo” (CP, art. 22), ele deverá ser internado no MJ pelo tempo “que os peritos julgarem necessário” para fazerem um diagnóstico. Caso se conclua que o acusado não podia compreender o caráter criminoso do seu ato por ser um alienado, ficando provado o crime ou sua capacidade de cometê-lo – sua “periculosidade”- ele poderá ser internado sem julgamento no MJ, mediante uma medida-de- segurança. Neste caso, ele é considerado penalmente irresponsável, devendo, entretanto, ser segregado para um tratamento obrigatório (CARRARA, 1988, p. 30).

É considerada inimputável a pessoa que cometeu um delito e não foi possível compreender o caráter ilícito do fato à época, para tanto, é designado a cumprir uma medida de segurança<sup>16</sup>. A medida de segurança tem a duração variável de um a três anos, apesar de se manter seu caráter indeterminado, pois o paciente é submetido ao exame de cessação de periculosidade<sup>17</sup>, realizado por um perito forense<sup>18</sup>, com a finalidade de “avaliar” o grau de sua periculosidade, é a partir daí que é avaliado junto ao Ministério Público, Juízo e defesa quanto à viabilidade da desinternação determinada pelo juízo.

A partir de um laudo que comprova a sua condição de inimputabilidade, o paciente é encarcerado sem data prevista para sua desinternação. A cada período de anos que, a rigor, deveria ser uma vez ao ano, o sujeito é submetido a novos exames – os chamados ‘laudos de cessação de periculosidade – que pretende aferir a sua ‘capacidade para voltar ao convívio social’, ainda que seja somente nos fins de semana (IBRAHIM, 2014, p.95).

“O crime é qualificado dependendo da culpabilidade ou não do autor: os loucos são, então, considerados ‘não culpados’. Neste momento, são produzidas novas formas de objetivação daquele já designado monstruoso, perigoso, louco – criminoso e, agora, paciente ‘inimputável’, reservando-lhe o manicômio judiciário como local de segregação” (IBRAHIM, 2014, p. 47). Como dito antes, desse modo, como relatam Dantas e Pereira (2011), o aparato burocrático- institucional que vai operacionalizar as medidas de segurança, inicialmente, são os manicômios judiciários. A partir de 1984, na Lei de Execuções Penais (LEP), o MJ passa a ser chamado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

<sup>16</sup> A medida de segurança é o tratamento aplicado àqueles indivíduos inimputáveis que cometem um delito penal. A questão, no entanto, é envolta pelo problema da definição do tempo de duração desta medida. A lei diz que será por prazo indeterminado, até que perdure a periculosidade. Pelo sistema dualista, pode-se afirmar que coexistem duas modalidades de sanção penal: pena e a medida de segurança. A pena pressupõe culpabilidade; a medida de segurança, periculosidade. A pena tem seus limites mínimo e máximo predeterminados (Código Penal, artigos 53, 54, 55, 58 e 75); a medida de segurança tem um prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, porém o máximo da duração é indeterminado, perdurando a sua aplicação enquanto não for averiguada a cessação da periculosidade (Código Penal, artigo 97, parágrafo 1º).(<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/26413368/medida-de-seguranca>).

<sup>17</sup> Laudo feito por perito que avalia o grau de periculosidade do paciente.

<sup>18</sup> No entanto, a decisão final é do juiz. O perito psiquiatra instrui o magistrado, que tem o poder final e decisivo.

A esses indivíduos, considerados por lei como inimputáveis, aplicam-se o Art. 26 do Código Penal<sup>19</sup>, que afirma ser:

[...] isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardo, 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 entendimento. 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 retardo, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (Decreto-Lei 7209 de 11 de julho de 1984, o Código Penal Brasileiro).

Como dito antes, os internados dessas instituições são considerados inimputáveis, e, portanto, cumprem Medida de Segurança, que, diferentemente de punição, recebem “tratamento” em Hospitais de Custódia e não pena como nas cadeias. Segundo Ibrahim (2014), os manicômios judiciários se tornam lugar ideal para isolar o sujeito portador de periculosidade e local propício para ‘corrigi-lo’. Surge, então, como espécie de punição para esses sujeitos, a já citada ‘medida de segurança’.

Forti afirma em nota de rodapé,

A Medida de Segurança não evidencia caráter repressivo, pois se fundamenta no dever de defender a sociedade daqueles que, sem plena consciência dos seus atos, realizam ações tipificadas na lei como crime. Além dos menores de 18 anos de idade, a Medida de Segurança, por meio da psiquiatria, abrangeu o portador de transtorno mental e infrator, mais diretamente os considerados psicopatas ou sociopatas. Encontra-se isento de pena (inimputável) ou pode ter sua pena reduzida em um a dois terços (semi-imputável) o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardo, não possuía plena capacidade de entender ao tempo da ação ou omissão o caráter criminoso do fato ou determina-se de acordo com esse entendimento. Portanto, a Medida de Segurança é fundamentada na ideia da periculosidade e não da culpabilidade. (...) A Medida de Segurança pode ser de dois tipos: a detentiva, que implica internação; a restritiva, que implica tratamento ambulatorial obrigatório e a medida jurídica que, regulada pelo artigo 97 do Código Penal, se executada, só será suspensa mediante laudo psiquiátrico de cessação de periculosidade (FORTI, 2010, p.124).

No entanto, como vemos na citação acima, sua origem não se propõe a punir ou reprimir, porém, muitas das vezes, notamos em práticas objetivas e subjetivas a punição e repressão no HCTP. E nós perguntamos, até que ponto todo esse aparato não pune e apenas trata? Ou seja, os pacientes internados no HCTP receberam medida de segurança jurídica regulamentada pelo código penal em regime fechado.

De acordo com Soares (2013), em evento realizado em 2012, a Defensora Pública da Vara de Execuções Penais criticou o modelo de elaboração dos laudos alegando superficialidade, pois, os mesmos não são feitos por equipe multidisciplinar, apenas por perito

<sup>19</sup> O código Penal vigente é ainda o de 1940, ao qual foram feitas algumas alterações através da Lei de Execuções Penais 7.210/84. Entretanto, ainda permanece a mesma orientação no que se refere à atuação frente ao doente mental. Acessado em fevereiro 2015. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm).



forense. Além de o paciente não ser ouvido pelo juiz e não ter direito à ampla defesa, por isso, ela acredita que, na maioria das vezes, essas práticas são mais punitivas com os ditos inimputáveis do que com o imputável.

“Conforme Carrara explica, “esses locais conseguem articular duas das realidades mais deprimentes da sociedade moderna” – o asilo de alienados e a prisão – e dois dos fantasmas mais trágicos que nos ‘perseguem’ a todos – o criminoso e o louco” (CARRARA, 1988, p. 26). Segundo Francisco Xavier (2015), é averiguado um nexos causal para apurar a questão da loucura e delito, ou seja, caso seja constatado nexos causal, o sujeito é absolvido e considerado inimputável. No entanto, serão ouvidos representantes do Ministério Público e defesa, dessa forma, que será avaliada a decisão de aplicar uma medida de segurança restritiva/ambulatorial (que requer tratamento obrigatório em liberdade, acompanhada de equipe de apoio que informa o desenvolvimento do caso). Ou, no caso de um delito considerado de maior gravidade, o juiz pode aplicar uma medida de segurança com internação em Manicômio Judiciário ou em outra unidade com o mesmo fim.

Parece não haver dúvida perante o uso do termo ‘periculosidade’ nestes casos: ele é aplicado às pessoas que cometem delitos, em sua plena capacidade de entendimento e ação; é o denominado criminoso comum. Entretanto, o termo periculosidade aparece na época e por consequência dos crimes que mencionamos no início deste capítulo, remetidos a uma conotação patológica, acrescentando um novo aspecto conceitual: a periculosidade passa, doravante, a ser entendida também como uma característica inerente ao indivíduo. Cria-se então a figura do sujeito ‘intrinsecamente perigoso’, não mais aquele eventual ou circunstancialmente perigoso – o criminoso comum-, mas o ‘inerentemente perigoso’. É como se o louco já viesse, desde sempre, determinado por uma periculosidade; é como se o louco fosse potencialmente capaz de cometer atos criminosos (IBRAHIM, 2014, p. 56 *apud* FOUCAULT, 1978 a).

Ao longo da experiência em campo, foi possível notar a maneira como tal identidade é vivida pelos pacientes, que quase sempre se referem como “presos”, e não “doentes”, ou referem sua estada no HCTP como uma “pena”, e nunca como um “tratamento”. Carrara (1988) mostra que, para os guardas e alguns terapeutas alguns internos são considerados “pacientes” para uns e para outros “delinquentes”.

Tal caráter dúbio, de prisão e de hospital, é uma das particularidades mais flagrantes verificadas na instituição. Isto pode ser observado desde o seu aspecto físico - com grades, trancas e cadeados -, até em relação à ambivalência incrustada na própria equipe e no paciente mesmo. Alguns aludem a si próprios como sendo ‘internados’, ao invés de pacientes, e usam a palavra prisão em referência a hospital (IBRAHIM, 2014, p.63).

Os pacientes costumavam dizer que estavam cumprindo uma “pena” e não medida de segurança, ademais que estavam na “cadeia” e não no hospital. Comentários como esses, ocorrem porque em muitos casos registram-se passagem por delegacias; alas em presídios para doentes mentais ou pela permanência em instituições penais antes de cumprirem medida

de segurança e também, por conta do tratamento oferecido pelo HCTP. Observa-se que, a medida de segurança estabelecida aos “loucos infratores” acaba tendo um caráter dual, devido a falta de tempo determinado para sua execução. Logo, o paciente só será desinternado quando sua periculosidade for cessada. A medida de segurança não finda enquanto não for comprovada através de exame que a “periculosidade” está cessada. Esta questão acaba gerando, por vezes, a perpetuidade da medida. Sabemos que é possível a qualquer pessoa cometer qualquer ilícito. “Sem dúvida, baseando-se no infundável tempo de internação transcorrido, é correto afirmar que, na maioria dos casos, a medida de segurança nada mais é do que uma condenação à prisão perpétua” (IBRAHIM, 2014, p.62).

O estigma que está posto na realidade é que uma vez “criminoso” sempre “criminoso”, uma vez um louco ter cometido um ato delituoso terá sempre potencial a cometer novos atos. De acordo com Elza Ibrahim (2014), o imaginário social revela esse estigma, e a autora afirma que para tal é preciso ser um vidente para exercer uma visão de futurologia, e prever se o sujeito irá cometer novos crimes.

(...) “o puro saber do médico”, diz Basaglia, constatando no século XX os efeitos das prescrições de Esquirol, “aumenta tão vertiginosamente quanto diminui o poder do doente; este, pelo simples fato de estar internado, passa a ser um cidadão sem direitos, abandonado à arbitrariedade dos médicos e enfermeiros, os quais podem fazer dele o que bem entendem, sem que haja possibilidade de apelo” (FOUCAULT, 2012, p. 210).

Assim: “como postulava Berardinelli na década de 1930, o estudo biotipológico dos indivíduos permitia prever e, por conta disso, prevenir delitos. Ele não só afirma, como também o reafirma, baseando-se em outros autores da época” (IBRAHIM, 2014, p.52).

Registra-se como Lombroso e outros estudiosos da escola positivista de direito penal mostraram em seus estudos,

A noção lombrosiana de ‘criminoso nato’, cujas marcas anatômicas seriam previamente detectadas, permitiram uma política de intervenção anterior mesmo à consecução do crime. Deste modo, os sistemas de classificação do século XVIII foram expandidos e aperfeiçoados, inclusive até a época atual, objetivando segregar o chamado ‘indivíduo perigoso’ do restante da sociedade (IBRAHIM, 2014, p.53).

De acordo com Carrara (1988), Lombroso aponta em seu estudo que os crimes eram divididos em classes e associados com tendências hereditárias, seja de temperamento ou em relação a um meio social considerado pervertido.

[...] para alguns juristas, a periculosidade criminal traz consigo o entendimento de que o louco-infrator, motivado por apetites e impulsos que lhe são próprios, certamente irá cometer novos ilícitos. Torna-se muito clara essa ideia, ao observarmos as conclusões nos laudos de alguns profissionais do campo psicojurídico, quanto da certeza de reincidência do estado de perigo por parte do paciente inimputável. É como se, uma vez diagnosticado como perigoso, perigoso ele sempre seria. Não resta dúvida de que se trata de um juízo sobre o comportamento futuro do indivíduo. Segundo Fragoso, está-se diante de uma ficção jurídica, pois não existe justificativa científica do conceito de periculosidade, mas sim, “um caráter profético da noção de estado perigoso”. (IBRAHIM, 2014, p. 58 *apud* Fragoso, 1984). Ela se estabelece probabilisticamente, sendo, por sua própria natureza, de caráter relativo. Concordamos com a ideia de que “a noção de periculosidade está indissociavelmente ligada a certo exercício de futurologia pseudocientífico” (IBRAHIM, 2014, p.58 *apud* Rauter, 1977, p. 73).

Segundo Ludmila Correia (2007), deste modo, a medida de segurança, tem o objetivo de controle e a natureza de tratamento compulsório e supõe a ideia de tratamento através da tutela e da custódia. E mesmo reconhecendo a contradição entre tratamento e custódia, esta última, prevalece apoiada pela justificativa da segurança social.

Finalizamos estas proposições por aqui. Nosso objetivo foi trazer um breve panorama de toda sustentação teórica e como se conforma o processo de medida de segurança. Em seguida, trataremos do processo de institucionalização.

### 1.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

Têm dias que a gente se sente  
 Como quem partiu ou morreu  
 A gente estancou de repente  
 Ou foi o mundo então que cresceu  
 A gente quer ter voz ativa  
 No nosso destino mandar  
 Mas eis que chega a roda-viva  
 E carrega o destino para lá  
 (Roda Viva- Chico Buarque)

O processo de institucionalização mostra como a longa internação pode ser nociva à vida das pessoas.

Segundo Foucault,

(...) no começo do século XIX, foram instaladas as grandes estruturas asilares, estas eram justificadas pela maravilhosa harmonia entre as exigências da ordem social, que pedia proteção contra a desordem dos loucos, e as necessidades da terapêutica, que pediam o isolamento dos doentes (...) (2012, p.209).

A partir da experiência de estágio, foi possível perceber os hábitos e costumes inerentes aos pacientes que na maioria dos casos estão institucionalizados há muito tempo e perderam a noção do contato com o mundo lá fora. Portanto, suas relações ficam prejudicadas. Nesse sentido, pretendemos problematizar o ônus causado pelo processo de institucionalização e as marcas que são deixadas.

A exemplo desses aspectos destacam-se: a prática de comer de colher de plástico; o precário cuidado com a higiene pessoal; a falta de compreensão do valor da moeda; o medo de sair à rua; o estranhamento com mundo externo; a ausência de documentação civil; a perda de pertences pessoais (roupas, perfume, espelho etc); a desconstrução da identidade; os cabelos raspados e padronizados; o uso de uniformes; as camas de alvenaria; as revistas corporais; a cultura de submissão; o horário para todas as atividades, como medicação e refeição. Ou seja, a experiência desses costumes e a formatação dessas práticas são invasivas a privacidade do sujeito, tendo implicações diretas em hábitos anteriores.

Em outras palavras, como o processo de institucionalização limita a autonomia do ser humano. Vimos de acordo com Goffman,

Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários (1992, p. 17).

“Como já dizia Goffman, o manicômio faz adoecer de uma “outra” doença, contagiosa e crônica, que não é a doença mental. O contágio é a cultura manicomial, que expressa, na aceitação naturalizada daquele lugar de violência, a aceitação da própria violência súbita” (ROTELLI, 1990, p.70).

Segundo Pereira (2010), a cultura cultivada nesse espaço se manifesta nas formas como a vida cotidiana de usuários e agentes públicos se desenvolvem – como o controle de todas as atividades – seja nos horários definidos e repetidos para o sono, para a alimentação, a locomoção para o banho de sol e para as atividades terapêuticas, o controle da visitação e o controle sobre os corpos através das revistas íntimas utilizado pelo sistema.

Outra característica sobre o HCTP é o cheiro. Esse profundamente marcante a qualquer olfato, cheiro que podemos classificar como o de abandono, de descaso e de exclusão, ou melhor, na forma de inclusão perversa e miserável na qual estão incluídas estas pessoas nessa sociedade.

Vimos que, as instituições totais são baseadas na vigilância, na disciplina, no controle e na repressão e neste caso, tratam e querem corrigir, regenerar o alienado trazendo a ideia da negatividade, da periculosidade, do outro como um ser assustador.

Segundo Goffman (1992), existem cinco tipos de instituições totais em nossa sociedade. O primeiro grupo seria para cuidar de pessoas consideradas incapazes e inofensivas, como casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. No segundo grupo, são locais para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que representam uma ameaça à comunidade, como sanatórios de tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosos. Já o terceiro, é organizado para proteger a comunidade contra os perigos que são as cadeias, penitenciárias e campos de concentração. O quarto grupo que são instituições para executar uma tarefa de trabalho como: quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias etc. Por fim, o quinto e último grupo que servem para refúgio e locais de ensinamento religioso como: abadias, mosteiros, conventos e outros claustros.

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com a situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. As prisões servem como exemplo claro disso, desde que consideremos que o aspecto característico de prisões pode ser encontrado em instituições cujos participantes não se comportam de forma ilegal (...) (GOFFMAN, 1992, p. 18.).

Em Albuquerque (1986), vimos à crítica que se faz a Goffman sobre a ausência do debate acerca das clínicas privadas quando este deixa de compará-las com os hospitais psiquiátricos públicos. “As clínicas psiquiátricas particulares se munem de um aparelho econômico, acabam pondo um termo à lógica de consumo (e, correlativamente, ao modo de institucionalização). Não é mais uma instituição totalitária, ainda não é uma empresa. Em todo caso, trata-se de uma formação econômica duplicada por uma formação repressiva” (ALBUQUERQUE, 1986, p. 140).

“Por isso, se a estada do internado é muito longa, pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior, o que já foi denominado “desculturação” – isto é, “destreinamento” – que torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária” (GOFFMAN, 1992, p.23).

Já para José Augusto Albuquerque (1986), o processo de desculturação apresenta duas faces. Se por um lado, os papéis que são desempenhados antes da admissão em instituição pelos pensionistas (como chama os internados ou pacientes), restringem-se em uma estrutura sumária e rígida; a desculturação se pauta na abolição de um número significativo de condutas, ou seja, o pensionista é forçado a desempenhar certos papéis que não os reconhecem – nem muito a instituição – a imagem do sujeito: portanto, desculturação equivale também a desempenhar novos papéis. Nesse sentido, o autor escreve sobre duas análises das práticas repressivas, a de impedir certos comportamentos e as que conduzem a novos papéis.

Falando de uma perspectiva do rito de passagem ou processo de admissão, como classificado por Goffman, analisaremos do ponto de vista do bloqueio dos papéis.

Assim, o uso do uniforme não tem somente uma função simbólica, mas permite identificar sem hesitação os pensionistas. As revistas sistemáticas podem, evidentemente, perturbar a moral dos pensionistas, mas elas visam, sobretudo impedir que o pensionista proceda a certas práticas não conformes (ALBUQUERQUE, 1986, p. 133).

Albuquerque (1986) traz a noção de *identity kit* elencada por Goffman, que é o conjunto de utensílios, próteses, cosméticos, de que uma pessoa precisa para construir uma imagem visual aos outros. “Entretanto, usando uniforme e ou privado de *identity kit*, um pensionista não pode ir muito longe ao evadir-se do lugar totalitário, mesmo de seu papel pensionista” (ALBUQUERQUE, 1986, p.133).

Conforme o mesmo autor, “a ideologia institucional é tal que reconhece a necessidade de toda uma série de práticas repressivas. Ou seja, todas essas práticas de censura e revistas

impedem o pensionista de constituir um domínio privado, e o impedem de sair do lugar de submissão. “Dobrar sua própria vontade, mortificar-se, humilhar-se, pôr-se à prova, são algumas das práticas aceitas e mesmo procuradas pelos pensionistas”. (ALBUQUERQUE, 1986, p.140).

A vida sob custódia está repleta de praxes<sup>20</sup> e de medidas excepcionais que passam a ter “força de lei”; embora não possam ser compreendidas no plano jurídico, apresentam-se como a forma legal daquilo que não pode ter forma legal” (DANTAS & PEREIRA, 2011, p. 144).

Segundo Goffman, em seu estudo no mundo social do interno em hospital para doentes mentais, o caráter total da instituição agrega para a perda da autonomia e a mortificação do eu. Essa mortificação pode ser traduzida para além da perda da autonomia como já citada, a desconsideração da história de vida cultural das pessoas, a formatação de novas práticas institucionais e a falta de reconstrução com a vida. Ou seja, uma morte ainda em vida. A influência que essa mortificação exerce sobre o internado faz com que seu eu passe por transformações dramáticas do ponto de vista pessoal e social. Em outras palavras, quando o internado chega ao hospital ele sofre um processo de “mortificação do eu” que suprime a concepção de si mesmo e a cultura que traz consigo formadas na vida familiar.

Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de “fechamento”. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico- por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais, e desejo explorar suas características gerais (GOFFMAN, 1992, p.16).

De acordo com o mesmo autor, acontece uma deformação no sujeito e isto precede da perda do conjunto de identidade construída ao longo de sua existência. Com isso, existe uma desconfiguração que decorre de mutilações dirigidas ao corpo, como marcas ou perdas de membros. A essa se chama de mortificação do eu através do corpo, embora essa prática seja encontrada em poucas instituições totais. No entanto, é a perda de um sentido de segurança pessoal comum, que contribui como pistas para angústias em relação ao desconfiguramento. O que é familiar em instituições como o MJ são as terapias de choque ou as pancadas aplicadas como castigo, ou a famosa “tranca”, local onde o paciente é detido sem contato com outras pessoas. Esta é aplicada de acordo com conduta moral ou agitação, que prefiguram um sentimento de um ambiente inseguro e que não garante a integridade moral e física.

---

<sup>20</sup> Segundo o dicionário Michaelis/UOL, é o que “habitualmente se pratica; o uso estabelecido”. Contudo, as praxes no jargão prisional não traduzem apenas os modos de fazer, mas incluem as crenças que justificam os atos por fazer ou já realizados. (Dantas e Pereira, 2011, p. 143).

Em nota, numa conversa informal com um paciente, foi mencionado por ele o seguinte comentário: “aqui a gente não tem nada para fazer, na cadeia a gente come, bebe, dorme, caga e espera a morte”. Esse tipo de comentário exemplifica na prática como se configura o processo de “mortificação do eu”. Em outras palavras, uma rotina sem escolha.

Segundo Ibrahim,

Por conseguinte, a internação podendo tornar-se de caráter perpétuo, isola o paciente do contato com o mundo extramuros, deixando-o à mercê da avaliação de uma equipe de ‘especialistas’ que decidirá por sua vida futura. Enquanto isso, só resta ao paciente aguardar a palavra dos ‘especialistas’. Durante esta longa espera ele tende a se institucionalizar, não somente pelos efeitos provocados pelo prolongado tempo de enclausuramento, mas também como uma maneira de sobreviver dentro da instituição mesma. Ele se vê tanto acomodado às normas estabelecidas, quanto se vê contaminado e invadido por elas: o paciente tende a se tornar passivo diante da vida e cronificado em sua doença (2014 p.61-62).

No século XIX, como sabemos, foram instaladas as grandes estruturas asilares, e tinham como justificativa manter a harmonia da ordem social, na qual pediam proteção contra a desordem dos loucos, os quais eram vistos como desordeiros, assim como as necessidades da terapêutica que pediam o isolamento dos doentes. Para justificar esse isolamento Esquirol dava cinco razões principais: 1- garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; 2. Liberá-los das influências externas; 3. vencer suas resistências pessoais; 4. submetê-los a um regime médico; 5. Impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais (FOUCAULT, 2012, p. 210).

Parafraseando Basaglia: “A característica destas instituições (escola, usina e hospital) é uma separação decidida entre aqueles que têm o poder e aqueles que não têm”. “Percebemos uma dominação em relação ao poder do louco e um adestramento que é exercido, com isso o internado assume um lugar de submissão na instituição” (FOUCAULT, 2012, p. 210-211).

Sob as justificações de um internamento que permitiria num lugar purificado, constatar o que se passa e intervir onde, quando e como se deve, ela faz aparecer às relações de dominação próprias à relação institucional: “o puro poder médico”, diz Basaglia, constatando no século XX os efeitos das prescrições de Esquirol” aumenta tão vertiginosamente quanto diminui o poder do doente; este, pelo simples fato de estar internado, passa a ser um cidadão sem direitos, abandonado à arbitrariedade dos médicos e enfermeiros, os quais podem fazer dele o que bem entendem, sem que haja possibilidade de apelo” (FOUCAULT, 2012 p. 210).

É sabido que a intimidade e a privacidade são desrespeitadas sem o menor pudor no interior dessas instituições, revelando uma total violação de privacidade, por meio da exposição física do usuário, sendo compartilhado tudo. O horário é controlado e programado, horários de alimentação rígidos (café da manhã 08h, almoço 11h; café da tarde 14h; jantar 16h e ceia às 18h) uma dieta sem inovações. Além das normas de conduta, que impedem o



sujeito de manifestar a sua subjetividade, o seu modo de ser fica refém de uma regra: a institucional.

Deste modo, percebemos diante desses aspectos mencionados o quanto o processo de institucionalização formata o ser humano e desabitua sua relação com o mundo externo. Cabe registrar que, após um período de segregação com o mundo “externo”, seja pequeno ou longo, isso nos causa um estranhamento com a vida lá fora. A partir de um período de isolamento, seja através de um internamento, prisão, recuperação de uma cirurgia e até mesmo a vivência de um luto - isso nos afasta de uma realidade que nos era comum e habitual. O que se pretende dizer é que o período de longa internação causa danos à subjetividade do sujeito, e essa interferência respinga no processo da relação com o mundo exterior. “Está bem claramente delineado que o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico está imerso em uma cultura prisional, cujas características remetem à conservação da tradição, do autoritarismo e da conseqüente submissão, além da sacralização da hierarquia” (PEREIRA, 2010, p.166).

## 2 CAMINHOS PARA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Socorro  
 Não estou sentido nada  
 Nem medo, nem calor, nem fogo,  
 Não vai dar mais pra chorar,  
 Nem pra rir  
 Socorro  
 Alguma alma, mesmo que penada  
 Me empreste suas penas  
 Já não sinto amor, nem dor  
 Já não sinto nada (...)  
 (Socorro- Arnaldo Antunes)

### 2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA: REFLEXOS NO MANICÔMIO JUDICIÁRIO

Nesta parte do trabalho, iremos apontar como a institucionalização da loucura caminhou e, quais foram os percursos trilhados que deram início à Reforma Psiquiátrica brasileira e os reflexos no manicômio judiciário.

Nascido do reclame da cidadania do louco, o movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes. A reforma é sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si (TENÓRIO, 2002, p. 28).

“A luta pela cidadania do louco e a consideração da loucura como uma questão de existência (BEZERRA,1992) constituem o eixo em torno do qual giram as principais propostas e experiências da Reforma Psiquiátrica brasileira e internacional” (DUARTE, 2010, p. 186).

A temática da cidadania, por sua vez, é o carro-chefe da Reforma, em que se evidencia sua dimensão política, que não se restringe apenas à proposta de uma revisão das formas de tratamento da loucura, mas busca dar a ela uma outra resposta social, que supere a tradicional exclusão social do louco, traduzida na aparente estigmatização e no preconceito social do qual não estamos isentos enquanto sujeitos em relação (Ibd, 2010, p.189).

Segundo Beiral (2013), no Brasil, a institucionalização do manicômio foi anterior a emergência da psiquiatria e, por esse motivo, os hospícios eram administrados pelas irmandades religiosas e, principalmente, pelas Santas Casas de Misericórdia, que se constituíram como as primeiras instituições de saúde do país.

O marco da assistência psiquiátrica no Brasil é datado pela construção do seu primeiro hospício: Hospício Pedro II<sup>21</sup>, inaugurado no Rio de Janeiro, em 1852. O hospício foi a resposta dada à loucura e ao louco e sua construção coaduna-se com a forma pela qual as expressões da “questão social” eram abordadas à época, ou seja, como caso de polícia, como assunto ilegal, subversivo e, por isso mesmo, reprimido (BEIRAL, 24 *apud* ROSA, 2003, p.86).

A mesma autora conta que a loucura e o louco só se tornaram objeto de intervenção por especialistas e ganharam sua relevância como doença mental a partir da República. Esta delimitou uma nova fase para as instituições psiquiátricas, que despontaram do empirismo para o cientificismo. Foi nesse período que, o Hospício Pedro II passa a ser chamado de Hospício Nacional de Alienados e é desanexado da Santa Casa de Misericórdia e secularizado como instituição pública em 1890.

Como já se viu as primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra maus tratos que sofriam os insanos (RESENDE, 2001, p.38).

Nota-se a partir desta passagem que o manicômio concretiza a metáfora da exclusão, em que a modernidade produz, na relação com a diferença, e passa a ser comparado aos campos de concentração nazistas juntamente com suas práticas de enclausuramento que produziam e contrariavam as novas bases para a proposta social. A doença mental, incluída no binômio tratamento- cura, não sustenta sua complexidade e os questionamentos estenderam-se ao saber médico e ao tratamento puramente medicalizante (AMARANTE, 1998).

O cruzamento entre a medicina e justiça caracteriza o processo de instituição da doença mental através do mecanismo descrito por Denise Barros, baseada em Michel Foucault: “A noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental, formulada pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata” (Barros, 1944:34). A relação tutelar para com o louco torna-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais e cartografa territórios de segregação, morte e ausência de verdade. AMARANTE, 1998, p. 25 (Grifos meus).

Seguindo a linha histórica, em 1903, foi criada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados sob (Decreto nº 1.132 de 22/12/1903), que previa fiscalização das instituições psiquiátricas.

---

<sup>21</sup> O primeiro Hospício criado no Brasil e na América Latina. Atualmente, nesse local situa-se o campus da Praia Vermelha da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O Hospital do Engenho de Dentro passou a se chamar Hospital Pedro II, que foi novamente rebatizado como Centro Psiquiátrico Pedro II e, hoje em dia tem, o nome de Instituto Municipal Nise da Silveira, em homenagem a renomada psiquiatra alagoana (Beiral, p. 24 *apud* Ramos, 2009).

No Rio de Janeiro, com Rodrigues Alves na presidência, em 1903, a direção da Assistência a Alienados e a gestão do Hospício Nacional são entregues a Juliano Moreira, ao mesmo tempo em que subia Oswaldo Cruz à direção dos serviços de Saúde Pública. A Saúde Pública e a Psiquiatria dão-se as mãos na tarefa comum de sanear a cidade, remover a imundície e a morrinha, os focos de infecção que eram os cortiços, os focos de desordem que eram os sem-trabalho maltrapilhos a infestar as cercanias do porto e as ruas do centro da cidade (RESENDE, 2011, p. 45).

De acordo com Beiral (2013), o período pós-republicano ficou marcado pela implementação das “colônias agrícolas”, a ideia central era criar um novo tratamento para o louco. No entanto, tornou-se mais uma via de exclusão. Ressalta-se ainda que, a Colônia Juliano Moreira/ RJ contava com 2.000 pacientes no início dos anos 80. Ainda, as colônias agrícolas floresceram por todo território e introduziram o trabalho como meio e fim do tratamento do louco e seu ideário extra-asilar estendeu-se para a higiene e profilaxia mental, que propagava o postulado de que a sociedade seria o novo agente de cura e prevenção da doença mental.

O lugar de construção da maior parte dos hospícios brasileiros possui uma mesma característica: são lugares distantes do principal núcleo urbano da cidade. Concretizam na sua arquitetura e na sua localização uma de suas principais funções: a exclusão de indivíduos não adaptáveis ou resistentes à ordem social. Costa (1981) nos relata a história da Liga Brasileira de Higiene Mental que, nos anos 20 e 30, tem a pretensão de se constituir em um projeto de regeneração nacional tomando como tarefa o saneamento racial brasileiro. Com um discurso preventivo de ideal eugênico, alargava o campo de atuação da psiquiatria para as diversas instâncias do social: a família, o trabalho, a escola (YASUI, 2006, p.116).

“Tal ideário foi veiculado por meio da ação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), criada em 1923, que desenvolveu um programa notoriamente eugenista, antiliberal, moralista e xenofóbico” (BEIRAL, 2013, p. 25).

Neste percurso, em 1934 surgiu a Segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, que “dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção a psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos”. Tal decreto instituiu o Conselho de Proteção aos Psicopatas, composto por representantes das principais instituições relacionadas com a psiquiatria e a Justiça (BEIRAL, 2013, p. 25).

Sobretudo, é importante destacar que com o advento desta Lei Federal reforça o poder psiquiátrico na condução do tratamento do louco e a internação como principal forma de tratamento. “O artigo 26 desta mesma lei suspendeu, parcial ou totalmente, a cidadania do “doente mental”: “os psicopatas, assim declarados por perícia médica processada de forma regular, são absolutos ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida social” (BEIRAL, p. 26 *apud* ROSA, 2003, p.96).

“De fato, pelas peculiaridades cientificamente estabelecidas quanto à categoria ‘doença mental’, o doente é despojado de seus direitos jurídicos, políticos e civis, tornando-se dessa maneira, um não cidadão” (AMARANTE, 2003, p. 15). Essa era a lógica de tratamento aos loucos à época, que reforçava seu caráter desumano e violador de direitos.

Conforme Beiral,

No Brasil, a assistência psiquiátrica é federalizada apenas em 1944, após a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). Em 1953 este órgão é encampado pelo recém-criado Ministério da Saúde. A política do SNDM só foi alterada no final dos anos 1950, quando a racionalização passa a orientar o seu discurso, estimulando a atenção ambulatorial e os serviços comunitários. Paradoxalmente, esta orientação permanece, em parte, no plano do discurso, pois, nas ações efetivas, o governo federal continuava incentivando a construção de estruturas asilares (BEIRAL, 2013, p.26).

Resende (2001), em seu estudo, mostra-nos que foi, após 1964, um marco divisório entre uma assistência eminentemente dirigida ao doente mental indigente, e outra que se estende à massa da classe trabalhadora e aos seus dependentes. Ou seja, se constitui um status de prática assistencial de massa.

Neste período, os hospitais da rede privada contratada eram preponderantes em relação aos da rede pública o que representou uma explícita dinamização da função produtiva da psiquiatria pelo fortalecimento do complexo médico-assistencial do setor privado e da indústria farmacêutica, que alimentou a “indústria da loucura”, sofrendo resistência e inúmeras denúncias (BEIRAL, 2013, p. 26 *apud* ROSA, 2003).

Tenório (2002) relata que, foram, sobretudo, os governos militares que consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais conveniados.

O direcionamento do financiamento público para a esfera privada durante o regime militar deixa-se ver, por exemplo, no fato de que entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais diretamente públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil, em 1970 (Tenório, 2002, p.34 *apud* Resende, 1987, p. 61). Anos depois, esses números se multiplicariam, mantendo, porém, uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos (TENÓRIO, 2002, p.34 *apud* Alves, 1999).

Em 1967, o Ministério da Saúde cria a Campanha Nacional de Saúde Mental, exonerando o Serviço Nacional de Doenças Mentais e substituindo-o pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão federal encarregado pela gestão e controle dos Serviços de saúde mental implementados no Brasil (AMARANTE, 1998).

Tenório (2002) mostra duas referências anteriores, já superadas pela reforma, que mantêm relação com o que aconteceria depois. Porém, não temos como objetivo nos deter a essas, apenas sinalizar que contribuíram em alguma medida para o processo de reforma.

São elas: o modelo das comunidades terapêuticas, antepassado nobre e generoso da reforma, nas palavras de Delgado (op. cit., p. 47), e o movimento da psiquiatria comunitária e preventiva, que institui as ideias de saúde mental. (Por oposição à doença mental) e de intervenção na comunidade, inclusive com intenção preventiva (TENÓRIO, 2002, p. 28).

No passar dos anos e no avançar da temática, vimos na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental “15 anos depois de Caracas” realizada em (2005), o surgimento do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, junto com a eclosão do “movimento sanitário” dos anos 70, e a luta pela mudança dos modelos de atenção ao cuidado. O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira ancora-se no contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Como assinala Resende, “superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos condições de hotelaria tão más ou piores do que nos piores presídios, a mesma situação que Teixeira Brandão denunciava quase cem anos antes” (2011, p. 55).

“Considera-se como reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (TENÓRIO, 2002, p. 27 *apud* AMARANTE, 1995, p. 91).

“A influência do Movimento de Reforma Sanitária teve como desdobramento, no campo da saúde mental, o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, importado das experiências norte-americana, inglesa e italiana<sup>22</sup>” (BEIRAL, 2013, p. 28). Em suma, Vasconcelos (1988) aponta que foi a partir dos anos 70, principalmente na Itália, que se consolidou outro projeto assistencial que, nas décadas seguintes, vem revelando um caráter desafiador, mas com experiências sólidas e de sucesso, e que vem tendo ampla propagação em todo o mundo: a proposta da desinstitucionalização.

Este movimento centra-se em uma mudança completa do paradigma de saber em saúde mental e, do ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional e definitivamente antiterapêutico, e que a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição radical do hospital por um amplo rol de serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda e as demandas de cuidado psicológico até as necessidades mais amplas de caráter social (VASCONCELOS, 1988, p. 39).

---

<sup>22</sup> “Como a Reforma Psiquiátrica no Brasil começou a posteriori, após as Reformas norte-americana, inglesa, francesa e italiana, foi possível criar uma amálgama daquilo que foi interessante e exitoso em cada país (Baseado na entrevista de Roberto Tykanori, atual Coordenador Nacional de saúde mental, à revista carta capital em 28/04/2011)” (Beiral, 2013, p.28).

Em 1978, os movimentos sociais no Brasil ganharam visibilidade. Com isso, surgiram, no cenário político e social, novos atores em prol de uma reforma na saúde mental e teve como marco a “Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental vinculada às unidades do Centro Psiquiátrico Pedro II; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho (AMARANTE, 1988). Essas unidades deflagram greve em 1978 que resultou num alto número de demissões, após denunciarem no livro de ocorrências do plantão inúmeras irregularidades nas unidades; como questão de superlotação, violação de direitos humanos, número reduzidos de pessoal e baixa qualificação. Em geral essas violações eram existentes nos Hospitais Psiquiátricos em parceria público-privado (AMARANTE, 1988, p. 52).

A partir dessas mobilizações, ocorre grande repercussão midiática e nasce o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)

Cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em *lócus* de debate e encaminhamento de propostas de transformações da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (Ibid., p. 52).

“Inicialmente, o MTSM ganhou caráter de contestação e de denúncia, referidas à violação dos direitos humanos dos portadores de transtorno mental; abordagem da loucura como fonte de lucro e condições precárias de trabalho, apoiando a alternativa de ampliação de serviços ambulatoriais em saúde mental” (BEIRAL, 2013, p.29 *apud* VASCONCELOS, 2000).

O Movimento é heterogêneo e, em seu interior, alojam-se tendências distintas, que lutam pela hegemonia. Inicialmente, duas vertentes majoritárias se confrontam. Uma radicaliza a luta pela extinção manicomial, tornando-se intransigente ao entender que é impossível trabalhar, defender e assegurar direitos dos portadores de transtorno mental no interior das instituições asilares. Defende, portanto, que é somente a partir dos espaços extra-hospitalares que pode ser criada uma nova cidadania para o portador de transtorno mental. A outra, postula a inserção destes nos espaços hospitalares e, a partir deles, defende a implementação de mudança no modelo assistencial (BEIRAL, 2013, p. 30).

O movimento pela reforma psiquiátrica brasileira busca, através de vários campos de luta, a construção de denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a crítica ao modelo hospitalocêntrico como único modo de tratamento às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, no governo 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. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (AMARANTE, 2005, p. 6).

Amarante (1988) aponta que, a partir da segunda metade dos anos 80, com a Reforma Psiquiátrica brasileira juntamente com a efervescência da Reforma Sanitária, surgiram às primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. Tomando concretude com a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) 1978; a I Conferência de Saúde Mental (1987); O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987 que adota o lema “por uma sociedade sem manicômios”; e a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira (SP), também foi realizada a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos (SP), com a posterior criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), além da Associação Loucos pela Vida (Juqueri) e a apresentação do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado em 1989, Lei nº 3.657/89.

De acordo com o mesmo autor, foi no bojo do congresso de Bauru que surge a ideia de instituir o Dia Nacional da Luta Antimanicomial<sup>23</sup>, realizado anualmente com a participação de pacientes, familiares, artistas, voluntários, intelectuais etc., e os que compreendem o teor do movimento e nele desejam se engajar. Já a lei do deputado Petista, promulgava o seguinte:

O lançamento em 1989 do Projeto de Lei Paulo Delgado, propondo a extinção e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial; a realização em 1990 da Conferência de Caracas, que cria um consenso entre governos latino- americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica; e o amplo processo de discussão da nova estratégica em nível municipal, estadual e federal no país, em conferências participativas que culminam na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, considerada um “marco na história da psiquiátrica brasileira” (AMARANTE, 1998, p. 26 *apud* Schechtman, Alves e Silva, 1996:2).

“Esta lei de nº 3.657/89 regulamentava os direitos do doente mental em relação ao tratamento e indicava-se a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, e sua substituição por outros recursos manicomiais de atendimento” (AMARANTE, 1988, p.84 *apud* Delgado, 1989).

---

<sup>23</sup> Originalmente previsto para o dia 13 de maio, data da aprovação da Lei 180, na Itália, e também da Abolição da Escravatura, O Dia Nacional da Luta Antimanicomial terminou sendo comemorado no dia 18 do mesmo mês.



Conforme Amarante (2005) apresenta, foi nesse caldo de efervescência que foi gerado o processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta,

(...) o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes”. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível (Ibid., 2005, p.7).

No período da década de 1980, iniciou-se um processo de co-gestão que Vasconcelos define como:

No Rio de Janeiro se iniciou em 1980 o processo chamado de “Co-gestão” entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência para administração dos hospitais públicos, que permitiu, por um lado, a abertura de um importante espaço político para lideranças do MTSM implementarem processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos e, por outro, preparou o terreno para o lançamento do Plano CONASP em 1982-83, que possibilitou a implementação gradativa em todo o país do modelo sanitário das chamadas “Ações Integradas de Saúde”- que desaguaram mais tarde no Sistema Único de Saúde, tal como foi consagrada na I Conferência Nacional de Saúde de 1986 e na CF em 1988 (VASCONCELOS, 2000, p. 24).

A implantação da co-gestão estabelece a construção de um novo modelo de gerenciamento em hospitais públicos, mais descentralizado e dinâmico, em face ao modelo de assistência profundamente debilitado e viciado em seu caráter e em sua prática privatizante (AMARANTE, 1998, p. 59).

Em 1986, acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, que desembocou numa nova ideia de Saúde e consolidação da mesma.

Uma nova concepção de saúde surgiu desta conferência- a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado – e permitiu a definição de alguns princípios básicos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do Estado – como promotor de políticas de bem-estar social – e uma nova visão de saúde – como sinônimo de qualidade de vida (AMARANTE, 1988, p.77).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi consagrado pela Constituição Federal de 1988. É formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. Ou seja, a partir de então é criado o tripé da Seguridade Social incorporando a Política de Assistência Social, Previdência e Saúde. Nesse interim, a partir do Estado de Direito e a criação do SUS, esse cenário muda, e, com apoio das sequências das Conferências de Saúde Mental e mudança do

novo modelo da política de saúde mental do nosso país, cria-se um novo cenário de reorientação do modelo de assistência e a internação como último recurso terapêutico, ressalta-se também a criação de políticas públicas nessa área.

No dizer de Amarante (1988), o movimento pela reforma psiquiátrica reencontra suas origens e se distancia do movimento pela reforma sanitária. Pois, o movimento psiquiátrico mantém em debate um viés desinstitucionalizante, ou seja, mantendo em debate a institucionalização da doença e do sujeito, em contrapartida, o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social.

Se comparado com o Movimento pela Reforma Sanitária, o movimento no campo psiquiátrico parece poder ir bem mais longe, no sentido das transformações mais propriamente qualitativas no âmbito do modelo de saúde que se implementa. O movimento pela Reforma Sanitária, originalmente maturada sob uma perspectiva crítica quanto à natureza do saber médico, em campos então denominados de medicina social e saúde coletiva, destes vai-se afastando de forma bastante visível (Idem. 2003 p.21).

Recuperando a discussão do projeto de lei de Delgado, que futuramente se concretizou na Lei de Saúde Mental nº 10.216/2001, Marcos José Duarte (2010), em seu estudo aponta que: o projeto Paulo Delgado passou por várias idas e vindas, e foi acompanhado do aparecimento de novos serviços substitutivos ao manicômio e de legislações estaduais em oito Estados da federação. Após doze anos, em 6 de abril de 2001, foi aprovada a Lei nº 10.216<sup>24</sup>, com acréscimos e modificações do projeto original, dando-se em um cenário em que a produção do cuidado na saúde mental já se apresentava em parte modificada pela sua caracterização e o processo histórico dado pelas instituições psiquiátricas iniciada pela reforma psiquiátrica.

O projeto regulamenta direito da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Até aquele momento, ainda prevalecia no país o Decreto Presidencial 24.559, baixado por Getúlio Vargas em 1934. A resolução previa o recolhimento de pacientes a hospitais psiquiátricos “mediante a simples atestado médico”, que poderia ser solicitado por qualquer pessoa que tivesse interesse em internar alguém (ARBEX, 2013, p. 225).

---

<sup>24</sup>Ainda existem manicômios no Brasil, como os manicômios judiciários ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no sistema penal, com quatro mil leitos, em 22 estados do Brasil, que ainda são um problema grave. Cabe consultar: DANTAS E PEREIRA (2009); FORTI (2009). Além disso, há 208 hospitais psiquiátricos clássicos, sendo 20% públicos e 8% privados, que são conveniados com o Poder Público. Nesse, há 35 mil leitos. Desde a implantação da política de redução número de manicômios e hospitais psiquiátricos, de 2001 a 2008, descemos de 60 mil leitos em hospitais psiquiátricos para 35 mil, isso significa uma redução entre 2.500 e 3 mil/leitos anos (DUARTE, 2010, p. 185).

“Outrossim, podemos dizer que a Reforma Psiquiátrica pretende construir um novo estatuto social para o sujeito em sofrimento psíquico, a fim de lhe garantir cidadania, respeito e a sua singularidade” (BEIRAL, 2013, p. 30). Além disso, segundo Amarante,

Propõe a noção de “psiquiatria da desinstitucionalização” para a ‘reforma’ na tradição basagliana, tendo em vista que esta designa “um percurso complexo de desconstrução a partir da instituição psiquiátrica”, e por ser um processo, ao mesmo tempo prático e teórico, que insere transformações no campo do saber e das instituições (AMARANTE, 2003, p. 24 *apud* De Leonardis 1987, p. 248).

A principal abordagem teórica inspiradora da estratégia de desinstitucionalização é a da Psiquiatria Democrática Italiana, formulada inicialmente por Basaglia e seus seguidores. (VASCONCELOS, 2000, p. 39). De acordo com Amarante (2005), tudo indica que esta concepção não deixa de ter algumas contradições, sendo que a trajetória prático-teórica de Basaglia indica um caminho que vai além do campo psiquiátrico. Quando se fala em reforma psiquiátrica, não se está necessariamente falando da superação fundante da psiquiatria, nem na negação de seu mandato social, mas em transformações mais ou menos superficiais, administrativas, organizativas e modernizantes do aparato prático-discursivo, por isso:

Considera-se, muitas das vezes, que a questão não está na ordem do saber psiquiátrico, mas, como vimos, na sua operacionalidade prática, e que bastaria reorganizar os recursos, administrá-los adequadamente, dispô-los corretamente, para se alcançar um bom resultado preventivo e terapêutico (AMARANTE, 2003, p.18).

A trajetória da desinstitucionalização é caracterizada, sobretudo, pelo surgimento de novos serviços, estratégias e conceitos em saúde mental, como o aparecimento do CAPS e do NAPS, além das cooperativas sociais e da retomada da estratégia da reabilitação psicossocial.

(...) A estratégia de transformar o sistema de saúde mental encontra uma nova tática: é preciso desinstitucionalizar/desconstruir/ construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, é preciso inventar novas formas de lidar com estas questões, sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades (AMARANTE, 1988, p. 94).

A criação dessa rede, entretanto, não garante, por si só, a transformação dos modos tradicionais de lidar com a loucura, pois, a desconstrução da ordem manicomial excludente passa necessariamente por uma contestação radical da nossa relação com o chamado “louco” (DUARTE, 2009) enraizado em nossa cultura profissional e institucional da vida social.

Em resumo, podemos considerar que houve tímidos avanços com reflexos no manicômio judiciário diante do processo de reforma psiquiátrica em função da mudança do paradigma da assistência psiquiátrica, e no tratamento com o louco e a criação de serviços substitutivos como CAPS, NAPS, SRT, Hospital dia etc. A existência desses serviços de apoio são considerados importantes subsídios para o fortalecimento do processo de

desinternação, já que, como mencionado anteriormente houve um período em que a cessação da periculosidade só era concedida àqueles com suporte familiar, pois se entendia que a família assumiria a responsabilidade pela administração do tratamento e seria parceira no cuidado ao desinternado. Destaca-se que nesse período a rede de saúde mental existente era mais frágil do que atualmente. Com isso, também se explica boa parte da permanência dos pacientes de longa internação nos HCTP.

Portanto, consideramos um ganho o processo da reforma psiquiátrica, e seus desdobramentos, que em alguma medida iluminaram e contribuíram para possibilidade de saída dos pacientes do HCTP-Heitor Carrilho.

A década de 1990 viu amadurecer e consolidarem-se os processos que compõem hoje o cenário da reforma psiquiátrica brasileira. Não se pode dizer que a prevalência do manicômio como principal recurso ainda destinado à massa da clientela tenha sido superada. Mas pode-se dizer, sem exagero, que se construiu uma nova hegemonia. Entre os muitos pontos a destacar, estão a penetração crescente de uma nova mentalidade no campo psiquiátrico (não obstante o triunfalismo da psiquiatria biológica); a permanência continuada de diretrizes reformistas no campo das políticas públicas, com os postos de coordenação e gerência ocupados por partidários da reforma (no caso do Rio de Janeiro, nos três níveis gestores: federal, estadual e municipal); a existência de experiências renovadoras com resultados iniciais positivos em todas as regiões do país; a capacidade das experiências mais antigas de manter sua vitalidade; os reiterados indícios de um novo olhar sobre a loucura vicejando no espaço social, um olhar não mais tão fortemente marcado pelos estigmas do preconceito e do medo (veja-se, por exemplo, a coincidência significativa de duas escolas de samba cariocas terem abordado o tema no carnaval de 1998 (TENÓRIO, 2002, p.41).

Para Barros-Brisset (2010), começou-se a problematizar o tratamento oferecido ao louco infrator só em 1999, no IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, através da campanha do Conselho Federal de Psicologia (CFP) denominada "Manicômio Judiciário... o pior do pior...". Como mostra Soares,

Trata-se de pessoas geralmente tão esquecidas, que os documentos oficiais pouco fazem menção. Apenas em 2004, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária propôs a Resolução nº 5 e, em 2011, o CNJ publicou a Recomendação nº 35. O teor dos dois instrumentos orienta os tribunais para a efetiva aplicação da política antimanicomial à medida de segurança, visto que, nesse âmbito, a cultura hospitalocêntrica ainda resiste (SOARES, 2013, p.13-14).

Podemos então observar, a partir do estudo, que mesmo com o avanço da Reforma Psiquiátrica, ainda encontramos práticas de um tratamento segregador e violador de direitos em HCTP. Vimos que essas resoluções do Conselho Nacional de Justiça e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária alertam os tribunais para a efetiva aplicação da política antimanicomial no país, mas ainda nos deparamos com realidades opostas a que essas legislações apontam.

## 2.2 ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

O presente ponto irá apresentar o contexto atual de políticas existentes no campo da saúde mental, além de refletir sobre as reais possibilidades, avanços e limites dessas políticas. Em abril de 2015, residiam no HCTP- Heitor Carrilho 41 pacientes desinternados e que ainda não haviam conseguido um lugar para morar após sua desinternação.

No final do ano de 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da portaria nº 3.088 e integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta dessa política visa garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos Serviços de Saúde e consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A Rede é composta por serviços e equipamentos 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, no CAPS III).

O objetivo é promover o acesso universal de pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico – originário ou não de uso abusivo de psicoativos – ao sistema único de saúde, ampliando ao máximo a capilaridade dos equipamentos para alcançar a integralidade que a condição humana requer (XAVIER, 2015, p. 42). A RAPS está presente nos três níveis de complexidade da saúde (primário, secundário e terciário), bem como de baixa (atenção básica); média (CAPS e ambulatorios) e alta complexidade (emergências e serviços de acolhimento e residenciais). Ou seja, a RAPS é formada por sete pilares. São eles: **I - Atenção Básica em Saúde; II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de Desinstitucionalização e VI - Reabilitação Psicossocial.**

Fonte: Ana Pitta<sup>25</sup>



<sup>25</sup> Visitar- <http://desafiosatuais.blogspot.com.br/2005/09/rede-de-ateno-sade-mental.html>

A RAPS pretende articular os serviços da rede com a finalidade de dar mais eficácia ao atendimento prestado à população. No entanto, diante do processo de precarização atual das políticas públicas e cortes no orçamento para saúde, essa proposta fica parcialmente comprometida, seja pela abertura de novos equipamentos, na contratação de recursos humanos, na aquisição de recursos físicos ou na qualidade dos serviços oferecidos. Dessa forma, essa conjuntura reduz a potencialidade que a RAPS pode oferecer.

O Ministério da Saúde prevê que a cada alta hospitalar realizada nos hospitais manicomial brasileiros, os recursos financeiros que sustentavam o internado naquele hospital, sejam remanejados para o fabrico de uma vaga em serviço residencial instalado na comunidade, cumprindo, pois, o princípio de que o sujeito deva e pode conviver, ao invés de ser isolado. O tropeço existente quanto aos hospitais de custódia é de que se o “leito não pode ser extinto”, ou seja, se o hospital está à disposição dos interesses da Justiça Criminal, o recurso financeiro correspondente não pode ser canalizado para a criação de uma nova vaga em serviço residencial terapêutico na comunidade (PEREIRA, 2010, p.173)

De acordo com Barros e Salles (2011), compreende-se o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em três períodos: o primeiro, de 1992 a 2001, na implementação de estratégias de desinstitucionalização, a partir das normas que permitiam experiências de humanização e controle da hospitalização, ampliação da rede ambulatorial em saúde mental e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos; já o segundo, de 2000 a 2002, foi registrado pela Lei 10.216 de 2001 e pela expansão da rede de atenção psicossocial, com financiamento para implantação de dispositivos de desinstitucionalização; e o terceiro, de 2003 até a atualidade, marcado pela consolidação da hegemonia reformista, com projeto, como o Programa de Volta para Casa e maior articulação de políticas intersetoriais etc.

### **O que são os Centros de Atenção Psicossocial?**

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes tratamento médico e psicológico, oficinas terapêuticas, oficinas de geração de renda etc. Sendo um tratamento de base territorial e comunitário, um serviço aberto. Objetiva-se a integração a um ambiente social e cultural concreto, localizado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. A existência desses serviços é fundamental para o acompanhamento psicossocial extramuros dos egressos do HCTP-Heitor Carrilho. Ressalta-se também que, nem todos os casos têm indicação para tratamento em CAPS. Nos casos menos graves, ocorre um acompanhamento pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), e ou dispositivos afins. Ademais, quando o

paciente judiciário é desinternado e desospitalizado, sua liberdade é condicionada, durante um ano ao cumprimento de tratamento ambulatorial no SUS, leia-se CAPS.

## TIPOS DE CAPS

CAPS I – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população: de 20 mil até 70 mil habitantes. Existem 1.035 unidades no país.
CAPS II – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população: 70 mil a 200 mil habitantes. Existem 475 unidades no país.
CAPS III – Serviço de atenção a saúde mental em municípios com população: 200 mil habitantes. Existem 82 unidades no país.
CAPS ad – serviço especializado para usuários de álcool e drogas. (de 70 mil a 200 mil habitantes). Existem 308 unidades no país.
CAPS i - serviço especializado para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos). Acima de 200 mil habitantes. Existem 196 unidades no país.
<b>Fonte: Observatório, Crack, é possível vencer- Acesso em junho de 2015.</b>

Segundo a Prefeitura do Rio (2015), o município conta com 13 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 04 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) e 07 Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), totalizando 25 unidades especializadas próprias. Outras três, das redes estadual e federal, completam a rede de 28 CAPS dentro do município do Rio de Janeiro.

Um ponto a ser apreciado é a questão do território presente na saúde mental, pois muitas vezes existe dificuldade em descobrir qual território o paciente pertence e isso se mostra como obstáculo para inserção do paciente na rede.

Se questiona se é possível restituir este lugar simbólico ao encaminhá-los de volta ao território, dado que: “Confinados, os pacientes estão sempre num processo de desterritorialização, perdem suas referências e seus graus de pertencimento”. Todos estes impasses abrem brecha para que alguns ambulatórios do SUS se recusem a acolher um paciente egresso do HCTP por alegarem que ele não pertence ao território em que atuam (SOARES, 2013, p. 18 *apud* LIMA, 2010, p. 43).

Existem pacientes no aguardo de uma vaga em SRT; outros na esperança da criação de um CAPS ou outro dispositivo afim - como na área programática (AP) 1.0, que compreende os bairros (Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama). Está área não conta com a existência de CAPS e Serviço Residencial Terapêutico, contudo, os usuários de referência dessa AP são encaminhados para o Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ) do âmbito Estadual e não municipal. Soares (2013) *apud* Santos (2012) “ponderou

que na atual gestão da saúde, a prioridade de investimentos é dada aos projetos para o tratamento da dependência química e não à transformação dos CAPS II em CAPS III. Ou seja, a atual política está obstinada na implementação de CAPS ad e não na cobertura nacional de CAPS. Com isso, muitas dessas pessoas ainda vivem a mercê da própria sorte.

De acordo com dados de uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (2013), o cotidiano no CAPS se configura de forma árdua diante de algumas dificuldades e precariedades, como: péssimas condições de trabalho; falta de material de higiene pessoal, de escritório, de transporte, de alimentação e medicamentos aos usuários, além do número reduzido de recursos humanos etc. Sabemos que o desenho desse cenário se ancora na perspectiva da política neoliberal do país. “O Brasil terminou o ano de 2010 com 1.620 CAPS implantados e cobertura de 0,66 por 100.000 habitantes” (BARROS E SALLES, 2011, p.1783).

Entretanto, outro serviço que compõe a Estratégia de Desinstitucionalização é o das Residências Terapêuticas (Ministério da Saúde, 2004), definida pela portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), alterada pela portaria nº 3.090, de 23 de dezembro 2011, no âmbito da Rede de Atenção de Psicossocial (RAPS), esse dispositivo funciona em consonância com a existência do CAPS. As Residências Terapêuticas ou Serviço Residencial Terapêutico (SRT) são casas/residências situadas no espaço urbano na comunidade que se constitui como alternativas para moradia para pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), em geral de longa internação e por não possuir local de retorno para sua moradia.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), até julho de 2012 tivemos 625 SRT implantados no país, com um total de 3470 moradores. Diante do crescimento da demanda de pessoas egressas de longa internação, notamos que esses números vêm se mostrando insuficiente para atender a todos do país.

Como citado anteriormente ainda residem 41 pacientes abrigados no HCTP-Heitor Carrilho, em sua grande maioria estão à espera de uma vaga em SRT ou em alguns casos pela criação de um dispositivo de saúde mental no seu município. De certa forma, por se mostrar insuficiente a cobertura desse serviço, corrobora para a permanência dessas pessoas no âmbito hospitalar manicomial, amargando um tempo ainda maior nesse ambiente.

Dentre outros recursos na Política de Saúde Mental, contamos também com o Programa “De Volta Pra Casa” – PVC do Ministério da Saúde (2012), instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, também integrada a RAPS. Nesse programa, o



beneficiário recebe mensalmente, o auxílio atualmente<sup>26</sup> de R\$ 412,00 pago por meio de crédito em conta, durante o período de um ano, podendo ser renovado, caso isso se mostre necessário à reintegração social do paciente, cuja avaliação será feita pela equipe médica. O objetivo do programa é garantir um auxílio financeiro que possa assegurar um bem-estar e possibilitar o exercício da cidadania. Para receber o auxílio, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (com história de longa internação psiquiátrica, com dois anos ou mais de internação, até 2002). E ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social.

Além desse auxílio, muitos dos pacientes contam com o Benefício de Prestação Continuada (BPC) veiculado pela Política de Assistência Social que, atualmente, confere o valor de um salário-mínimo<sup>27</sup>. Sabemos que são esses recursos financeiros que contribuem para a saída dos pacientes em muitos dos casos.

Elenca-se como mais um recurso para o processo da Reforma Psiquiátrica, os Centros de Convivência e Cultura, que são dispositivos públicos da rede de saúde mental. Este oferece aos usuários espaços de sociabilidade, produção cultural, cinema, intervenção na cidade e sustentação das diferenças na comunidade. Ou seja, ancoram-se no campo da cultura e não são exclusivos no campo da saúde, auxiliam na aproximação com a vida cotidiana (BRASIL, 2005). No município do Rio de Janeiro, existia apenas o Centro de Convivência Comunitário Pedra Branco inaugurado em 2011; e o Centro de Convivência e Cultura Trilhos do Engenho de Dentro, desde 2012.

Em nota, sabemos que todas essas iniciativas foram impulsionadas a partir das Conferências de Saúde Mental e da promulgação da Lei Nacional de Saúde Mental – 10.216/2001. Logo, todos esses dispositivos são frutos de um novo modelo de atenção e assistência à saúde mental no país. Vimos, brevemente, todo arcabouço legal que propõe o amparo no processo de desinstitucionalização. No entanto, sabemos que essas medidas ainda não são suficientes para a cobertura de todos os usuários, ainda temos municípios com problemas no que tange ao orçamento para saúde mental. É sabido que esse emaranhado é atravessado por questões políticas, econômicas, sociais e culturais.

Em suma, diante dos ataques da conjuntura neoliberal, vivemos desafios cotidianos em sustentar a importância e criação de novos dispositivos de saúde mental. Pois, mesmo com a consolidação do SUS, o projeto de saúde é confrontado pelo projeto econômico neoliberal,

---

<sup>26</sup> Para maiores informações ver em < <http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/programa-de-volta-para-casa/Paginas/default.aspx>

<sup>27</sup> Salário mínimo 2015, R\$788,00 reais.

adotado pelo país, que se constitui como projeto privatista de mercado, o qual ameaça e fragiliza os princípios sustentados pela reforma sanitária e psiquiátrica.

Santos (2013) aponta que, o projeto neoliberal desqualifica a saúde como direito universal, como um serviço que pode se comprar, assim sendo, uma mercadoria. Assim, é vista a saúde: uma mercadoria que visa à lucratividade e à acumulação do capital. Nesse cenário, desenha-se um processo de privatização do SUS com os chamados novos modelos de gestão, fortalecendo a autonomia do mercado e abertura de serviços de saúde no âmbito privado. Ou seja, consolida-se uma privatização na saúde pública brasileira. “Essa nova dinâmica de acumulação do capital vem provocando a ampliação da miséria e a consolidação da cultura do consumo exagerado. Como apresenta Santos (2013), p. 238 *apud* Mota (1995), “vivenciamos, assim, a formação de dois tipos de cidadãos: o cidadão consumidor e o cidadão pobre. ”

O projeto privatista da saúde pauta seu discurso na política de ajuste, na contenção dos gastos públicos e na isenção da participação popular na construção de uma política mais democrática. O discurso neoliberal aposta na competitividade e no triunfo do individualismo, cabendo ao Estado garantir o mínimo para atender as comunidades mais vulneráveis (SANTOS, 2013, p.237).

Segundo Santos (2013) *apud* Bravo (2004), na década de 1990, encontram-se dois projetos em disputa: o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária. O primeiro pauta-se num projeto do grande capital, aplaudido por grandes agências internacionais e que apoiam o processo de privatização, focalização e com caráter de assistência mínima, destinada aos cidadãos pobres, que não podem pagar por atendimento, além de incutir uma noção de cidadão consumidor, enfraquecendo a ideia do SUS, no que tange a assistência pública e gratuita, tida como sem qualidade e no direito de ser privatizada. Já o segundo projeto, defende os princípios do SUS como a universalidade, a integralidade e a participação social.

Portanto, podemos considerar que o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil avança na medida em que os mecanismos de gestão são criados e implementados para ampliar a rede de serviços nos três âmbitos de governos: municipal, estadual e federal.

Ainda assim, na esfera federal, 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado para a Saúde Mental. É necessário empreender esforços para ampliação dos recursos destinados à saúde mental para pelo menos 3% do orçamento da saúde no próximo biênio, ressaltando-se que a Organização Mundial da Saúde recomenda mais que 5% do orçamento global da saúde (BARROS E SALLES, 2011, p. 1784).

De acordo com Barros e Salles (2011), percebe-se que, ainda há muito que se fazer para melhorar e qualificar os dispositivos de saúde mental no país. De acordo com os autores, “o mecanismo de custeio mensal (contrapartida federal) das Residências Terapêuticas foi um

dos maiores obstáculos para a expansão das SRT nos últimos anos”. Observa-se também como questão os recursos humanos para a rede de serviços, que se mostraram insuficientes para as necessidades de capacitação dos trabalhadores da rede de saúde mental.

Assim, permanecem desafios para consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial promotora da reintegração social e da cidadania. Entre eles, aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental é fundamental e, especialmente, aumentar a contrapartida federal para o custeio dos CAPS que se aproxime mais realisticamente das exigências de custeio desses serviços possibilitando a expansão da rede CAPS, especialmente dos CAPS III (BARROS E SALLES, 2011, p. 1784).

Esses são os inúmeros desafios que estão presentes ainda na política de saúde brasileira. A luta é árdua para que de fato sejam efetivados os princípios consagrados na política do SUS e que alcancemos melhores resultados e eficácia nas ações.

### 2.3 PERFIL DOS PACIENTES E DESTINO APÓS DESINTERNAÇÃO

De acordo com o 1º Censo realizado em Hospitais de Custódia pelo Brasil, em 2011, por Diniz (2013), o presente estudo pretende mostrar a realidade dos HCTP do Brasil. Segundo o Censo, o Heitor Carrilho era a décima segunda unidade em população dos HCTP e das Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATP), o que correspondia a 3% da população dos 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP) do país, e a 7% das pessoas internadas nos estabelecimentos da Região Sudeste. A população total do Heitor Carrilho era de 119 indivíduos, entre os quais 114 estavam em medida de segurança (MS), um estava em medida de segurança por conversão de pena (a MS por conversão de pena é geralmente quando o paciente surta na cadeia e mantém um comportamento psicótico, dessa forma, solicitam conversão) e quatro estavam em situação de internação temporária (a população temporária geralmente está aguardando sentença ou perícia).

No HCTP-Heitor Carrilho, pelo menos 63% (72) dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados por cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada ou por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial. Essa informação nos mostra uma grave violação de direitos. Diante desses dados, podemos palpar que essas 72 pessoas, que já estavam desinternadas, provavelmente ainda estavam no HCTP Heitor Carrilho por não terem para onde ir, devido falta de assistência familiar (rompimento dos laços afetivos). Ou aqueles que para dar o primeiro passo de saída dependem única e exclusivamente de um local oferecido pelo município, como uma vaga em Serviço Residencial Terapêutico.

#### Quadro I

Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (HCTP-Heitor Carrilho)
População total: 119 pessoas
<b>Homens: 96</b>
<b>Mulheres: 23</b>
Vinculação do HCTP-Heitor Carrilho: Secretaria de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro
Coleta de dados: 4 de julho de 2011
Diretora em julho de 2011: Tânia Pereira

Tabela 1 População do HCTP-Heitor Carrilho

População total	População em MS	População em MS por conversão de pena	População temporária
119	114	1	4
100%	96%	1%	3%

Tabela 2 Idade da população do HCTP-Heitor Carrilho

Faixa etária	Demais unidades	População total	População em MS	População em MS por conversão de pena	População temporária
Menos de 20	0,3%	0	0	0	0
20 a 24	7%	3	3	0	0
25 a 29	16%	6	5	0	1
30 a 34	19%	11	11	0	0
35 a 39	16%	15	14	0	1
40 a 44	13%	19	18	0	1
45 a 49	10%	13	11	1	1
50 a 59	11%	32	32	0	0
60 a 69	2%	14	14	0	0
70 ou mais	0,8%	3	3	0	0
Sem informação	3%	3	3	0	0
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>119</b>	<b>114</b>	<b>1</b>	<b>4</b>

Fonte: Dados do Censo 2011- Tab 1

No HCTP-Heitor Carrilho, 30% (35) das pessoas internadas tinham entre 20 e 39 anos. Esse cenário era diferente nos demais estabelecimentos do país em que, 58% da população encontravam-se nessa faixa etária. A média etária da população do HCTP-Heitor Carrilho era de 46 anos. A da população em medida de segurança era de 47 anos, a da população em medida de segurança por conversão de pena era de 49 anos e a da população temporária era de 38 anos. Ou seja, no HCTP existe uma população mais envelhecida em relação ao país.

Fonte: Dados do Censo 2011- Tab 2.

Tabela 3 Cor da população do HCTP-Heitor Carrilho

Cor	Demais unidades	População total	População em MS	População em MS por conversão de pena	População temporária
Amarela	0,2%	0	0	0	0
Branca	39%	38	36	1	1
Indígena	0,2%	0	0	0	0
Parda	32%	32	32	0	0
Preta	13%	35	35	0	0
Outra	0,8%	4	4	0	0
Sem informação	16%	10	7	0	3
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>119</b>	<b>114</b>	<b>1</b>	<b>4</b>

No HCTP-Heitor Carrilho, pretos e pardos somavam 56% (67) da população e brancos, 32% (38). Para 8% (10) da população, não havia registro de cor. Nos demais estabelecimentos do país, pretos e pardos somavam 45% e brancos, 39%. Quando verificados apenas os indivíduos em medida de segurança, a população de pretos e pardos era de 59% (67), ao passo que a de brancos era de 32% (36). Podemos mencionar que esse padrão acompanha o modelo do sistema prisional. De acordo com o Mapa do Encarceramento (2015) lançado pela Secretaria Nacional da Juventude (SNJ) em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), mostra “em números absolutos: que em 2005 havia 92.052 negros presos e 62.569 brancos, ou seja, considerando-se a parcela da população carcerária para a qual havia informação sobre cor disponível, 58,4% era negra. Já em 2012

havia 292.242 negros presos e 175.536 brancos, ou seja, 60,8% da população prisional era negra. Constata-se assim, que quanto mais cresce a população prisional no país, mais cresce o número de negros encarcerados”. No estudo ressalta-se que a população carcerária no Brasil durante o período de 2005 e 2012 aumentou 74%, essa expansão foi impulsionada pelo aprisionamento de jovens, negros e aumento do número de mulheres no sistema penal.

Assim como nos demais estabelecimentos, havia uma maior concentração de homens no HCTP-Heitor Carrilho, seja considerando todos os indivíduos juntos (81%, 96), seja considerando apenas aqueles em medida de segurança (82%, 94) ou apenas aqueles em medida de segurança por conversão de pena (100%, 1). Havia 19% (23) de mulheres entre a população total, ao passo que nos demais estabelecimentos do país 7% da população eram mulheres. Ainda comparando com a realidade de gênero do Mapa do Encarceramento (2015), mostrou que a população masculina é predominante em relação a feminina, além de mostrar um crescente de mulheres no sistema prisional. Ou seja, “colocando estes dados de outra forma, em 2005, para cada mulher no sistema prisional brasileiro existiam 21,97 homens, já em 2012, esta proporção diminuiu para 15,19”.

Fonte: Dados do Censo 2011- Tab 3.

Tabela 6 Escolaridade da população do HCTP-Heitor Carrilho

Escolaridade	Demais unidades	População total				População em MS		População em MS por conversão de pena		População temporária	
		População total	30%	36	32%	36	32%	0	-	0	-
Analfabeto	23%	36	30%	36	32%	0	-	0	-	0	-
Fundamental incompleto	43%	46	39%	45	39%	0	-	1	25%	1	25%
Fundamental completo	13%	15	13%	12	11%	1	100%	2	50%	2	50%
Médio	6%	4	3%	4	4%	0	-	0	-	0	-
Superior	0,8%	1	0,8%	0	-	0	-	1	25%	1	25%
Pós-graduação	0,03%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Sem informação	14%	17	14%	17	15%	0	-	0	-	0	-
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>

Sobre a escolaridade da população do HCTP-Heitor Carrilho, 30% (36) eram analfabetos, 39% (46) tinham o ensino fundamental incompleto, 13% (15) tinham o ensino fundamental completo, 3% (4) tinham o ensino médio e um único indivíduo tinha o ensino superior. O perfil da escolaridade da população do HCTP-Heitor Carrilho se aproximava do agregado dos demais estabelecimentos do país, onde 23% eram analfabetos, 43% possuíam o ensino fundamental incompleto, 13% tinham o ensino fundamental completo, 6% tinham o ensino médio e 0,8% tinha o ensino superior. Dito de outro modo, essa realidade também é encontrada no sistema prisional como mostra o Mapa de Encarceramento (2015). “No período de 2005 a 2012 a maior parte dos (as) presos (as) não chegou a completar o ensino fundamental”. Para este mesmo período, constata-se que uma parte muito restrita da população prisional possuía ensino superior. Em suma, ainda encontramos uma população

com baixa escolaridade nessas instituições, senão analfabetos. Segundo a Lei de Execuções Penais (LEP), em seu artigo art. 18, consagra que o ensino de 1º grau será obrigatório, integrando-se no sistema escolar da Unidade Federativa.

Tabela 10 Diagnóstico da população em MS do HCTP-Heitor Carrilho

Diagnóstico	Demais unidades	População em MS por conversão de pena			
		População em MS			
Epilepsia	3%	2	2%	0	-
Esquizofrenia	41%	71	62%	1	100%
Retardo mental	16%	17	15%	0	-
Transtornos afetivos uni ou bipolares	3%	3	3%	0	-
Transtornos de personalidade	5%	0	-	0	-
Transtornos da preferência sexual	1%	0	-	0	-
Transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas	11%	4	4%	0	-
Transtornos mentais orgânicos	2%	2	2%	0	-
Outros	0,2%	0	-	0	-
Sem informação	16%	15	13%	0	-
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados do Censo 2011- Tab 4

O censo identificou um universo de 91 diagnósticos entre a população total de 2.956 indivíduos em medida de segurança no país, desconsideradas as comorbidades. No HCTP-Heitor Carrilho, havia uma concentração de diagnósticos de esquizofrenia na população em medida de segurança, com 62% (71) dos casos. O diagnóstico de esquizofrenia também era o mais encontrado nos demais estabelecimentos do país, em 41% dos casos. Das medidas de segurança do HCTP-Heitor Carrilho, 15% (17) eram de indivíduos com retardo mental, ao passo que nos demais estabelecimentos os indivíduos com retardo mental somavam 16% da população em medida de segurança. Além disso, no HCTP-Heitor Carrilho, 4% (4) tinham transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas e 3% (3) tinham transtornos afetivos ou bipolares. O único indivíduo em medida de segurança por conversão de pena tinha esquizofrenia.

Fonte: Dados do Censo 2011- Tab 5

Tabela 13 Infrações penais na rede familiar ou doméstica das pessoas internadas em MS do HCTP-Heitor Carrilho

Infração penal na família	Demais unidades MS	População em MS por conversão de pena			
		População em MS			
Sim	26%	41	36%	0	-
Não	65%	58	51%	1	100%
Sem informação	8%	15	13%	0	-
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

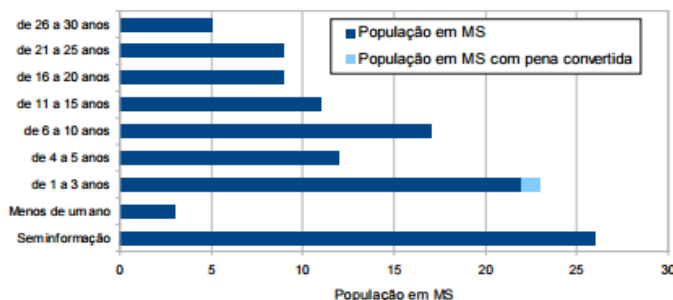
Dos 114 indivíduos em medida de segurança do HCTP-Heitor Carrilho, 36% (41) cometeram infrações penais em sua rede familiar ou doméstica. No cenário nacional dos demais estabelecimentos, 26% das pessoas internadas cometeram infrações penais na rede familiar ou doméstica. A principal infração penal cometida por pessoas internadas em medida de segurança em sua rede familiar ou doméstica, 66% (27), foi homicídio. Além disso, 53%

dos que mataram ou tentaram matar o fizeram em sua rede familiar. Os homicídios de membros da família foram cometidos contra pai, mãe, filho, sobrinho, enteado, cônjuge, irmão e primo. Esses dados confirmam, em muitos casos o rompimento e esgarçamento das relações familiares apresentadas aos pacientes em cumprimento de medida de segurança. Além disso, a partir da pesquisa foi notada a ausência de algum tipo de trabalho que possa ajudar a evitar o afastamento ou rompimento dos familiares com os pacientes, durante o período de internação, que é muito comum nesse contexto.

Cabe ressaltar também que, muitas pessoas que cumpriram medida de segurança, por vezes, são de outros municípios ou até outros Estados, e isso têm implicações diretas na manutenção das visitas de familiares aos pacientes, diante das dificuldades financeiras de algumas famílias em bancar esse deslocamento (custoso e distante), logo, conseqüentemente a manutenção de vínculos é afetada.

**Fonte: Dados do Censo 2011- Gráfico I**

Gráfico 1 Tempo de cumprimento das medidas de segurança do HCTP-Heitor Carrilho



Dos 114 indivíduos em medida de segurança do HCTP-Heitor Carrilho, 3% (3) tinham menos de um ano de cumprimento da medida de segurança, 19% (22) tinham entre um e três anos, 11% (12) tinham entre quatro e cinco anos, 15% (17) tinham entre seis e dez anos, 10% (11) tinham entre onze e quinze anos, 8% (9) tinham entre dezesseis e vinte anos, 8% (9) tinham entre 21 e 25 anos e 4% (5) tinham entre 26 e 30 anos de internação. O indivíduo em medida de segurança por conversão de pena tinha entre um e três anos de cumprimento da medida. O tempo médio de cumprimento<sup>28</sup> da medida de segurança do HCTP-Heitor Carrilho era de **dez anos**.

<sup>28</sup>Na verdade, esse dado segundo Tania Dahmer, diz respeito ao tempo de permanência no HCTP e não de medida de segurança. Alguns casos, poucos, as medidas se prolongaram por não terem tido o exame de cessão de periculosidade favorável.



Tabela 19 Sentença de desinternação da população em MS do HCTP-Heitor Carrilho

Tem sentença para desinternação?	Demais unidades MS		População em MS		População em MS por conversão de pena	
Sim	5%	54	47%	0	-	
Não	95%	60	53%	1	100%	
Total	100%	114	100%	1	100%	

Fonte: Dados do Censo 2011- Tabela 6.

No HCTP-Heitor Carrilho, 47% (54) dos indivíduos tinham sentença de desinternação. Nos demais estabelecimentos do país, 5% da população em medida de segurança tinham sentença de desinternação, mas continuavam internados.

A leitura desses dados nos mostra que, o censo dá visibilidade a uma população completamente invisível e esquecida historicamente, até então não havia uma contagem nacional dessas pessoas, podemos dizer que, segundo Diniz (2011), este grupo de pessoas é o retrato triste da precariedade da vida real, acentuado pela loucura, pobreza e descaso como vimos.

Sabemos que o Brasil se constitui historicamente pela profunda desigualdade social, e diante da crise do capital vemos a interferência direta nas condições de vida da classe trabalhadora, e dos segmentos sociais inseridos subalternamente e precariamente no mercado de trabalho. Em suma, sabemos que a criminalização e os estigmas contribuem para uma imagem negativa daqueles indivíduos disfuncionais ao capital, esses carimbados por contornos raciais e étnicos, que residem em massa no sistema prisional brasileiro. Diante do imaginário social, jovens pobres e negros e a população de rua são tidos como perigosos para a sociedade, desconsiderado o processo de inserção nesta sociedade competitiva, neoliberal e desumana, onde o mal e a miséria humana são banalizados e naturalizados a todo instante. Prova disso, são os dados apresentados anteriormente sobre o crescimento da população do sistema prisional.

A população “disfuncional” ao capital, por sua vez, constrói formas de resistência individuais e coletivas para sobreviver ao ataque das forças instituídas. Neste cenário, o Estado lança mão do aparato policial e do Judiciário no sentido de conter as “classes perigosas”. Na lógica da criminalização, os jovens pobres e negros, a população de rua e os movimentos sociais são alvos preferenciais (BRIZOLA, 2012, p. 129).

Diante desses dados, é possível perceber a quem serve o sistema carcerário brasileiro, seu perfil é marcado por classe social, cor e local de moradia. Notamos algumas semelhanças dessa conjuntura, mesmo para aqueles que cumprem medida de segurança, o dito louco-infrator. Para os pobres, negros, doentes mentais, moradores de rua, trabalhador informal, inválidos etc. sobram a inclusão, de forma precarizada e miserável, restando em sua maioria

uma estada no sistema de justiça criminal. Segundo Pereira, 2010, p. 166 *apud* Wacquant (2004), “o aprisionamento funciona como um aspirador social dos indesejáveis pela sociedade.”

Segundo Diniz (2011), no total, são 3.989 homens e mulheres vivendo em regime de confinamento para tratamento psiquiátrico compulsório por determinações judicial no Brasil. A pesquisa também aponta que os estados do Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não possuíam Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP) no ano 2011. Considerando assim, nesses casos, que provavelmente as pessoas com medida de segurança estivessem em delegacias, presídios, penitenciárias ou outras instituições de custódia, ou ainda que tivessem sido transferidas para outros estados.

No entanto, Diniz (2011) mostra uma particularidade no estado de Goiás, a execução das medidas de segurança é realizada por acompanhamento do Programa de Atenção Integral ao Louco-Infrator (PAILI), que consiste na parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), instituído em outubro de 2006, ancorado na Lei nº 10.216/2001, a chamada Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica. O PAILI foi inspirado em um programa semelhante, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), de Minas Gerais. Dessa forma, o programa é responsável pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás, acompanhando os pacientes submetidos à internação psiquiátrica ou ao tratamento ambulatorial, como medida de segurança. Os loucos infratores são inseridos em serviços públicos de saúde, tendo como objetivo um tratamento mais humanizado que se aproxime das diretrizes da Lei 10.216/2001 e de reclusão mínima. Tendo como pressuposto que o mecanismo de internação só pode ser acionado quando todas as outras alternativas de inserção ambulatorial falharem.

Cabe registrar que, segundo Barros-Brisset (2010), foi a partir das denúncias de violações de direitos de pessoas que cumpriam medida de segurança, que inspirou a criação em 2001 do PAI-PJ, em Minas Gerais, e em 2006, do PAILI, em Goiás. Ambos pioneiros no contexto das medidas de segurança, no que tange à transformação da assistência e à garantia dos direitos da Lei 10.216/01.

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ, foi criado através da portaria conjunta nº 25/2001 do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. De acordo com Barros-Brisset (2010), o Programa tem por objetivo o acompanhamento integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as fases do processo criminal. Acontece de forma intersetorial e multiprofissional, através da parceria do Judiciário com o Executivo, promovendo o acesso à rede pública de saúde e à rede de assistência social. Atende pessoas

em medida de segurança residentes em Belo Horizonte e em outras cidades do estado. Em Minas Gerais, o PAI-PJ convive com três HCTP localizados nas cidades de Barbacena, Juiz de Fora e Ribeirão das Neves, onde o cumprimento das medidas de segurança ocorre em restrição de liberdade

A pessoa encaminhada responde como réu a um processo criminal, mesmo se ainda não houver o incidente de sanidade mental instaurado no processo, realiza-se uma avaliação jurídica, clínica e social do caso, e solicita-se ao juiz criminal autorização para o acompanhamento do caso. Sendo autorizado, este é encaminhado à rede pública de saúde mental, se ainda não estiver em tratamento. Junto com a rede, construir-se-á o projeto terapêutico e social para o paciente. O acompanhamento ocorre durante o processo criminal e continua depois da sentença, que pode ser uma pena ou medida de segurança, seguimos acompanhando o sujeito até a finalização da execução penal (BARROS-BRISSET, 2010, p.122)

Dito isto, e depois de conhecermos o perfil dos usuários a partir da análise do censo, iremos nos debruçar sobre outro aspecto. Seguiremos com uma amostra do processo de pós-desinternação. Pretende-se, a partir de agora, mostrar os destinos encontrados para a população desinternada do HCTP-Heitor Carrilho.

Os seguintes dados estão registrados em uma planilha de controle pós-desinternação, fornecida pela Direção do “abrigo” antigo hospital, conjuntamente com informações de anotações em diário de campo e participação em reuniões de equipe durante o período de estágio. Os dados são referentes ao período histórico do ano de 2010, até janeiro de 2015.

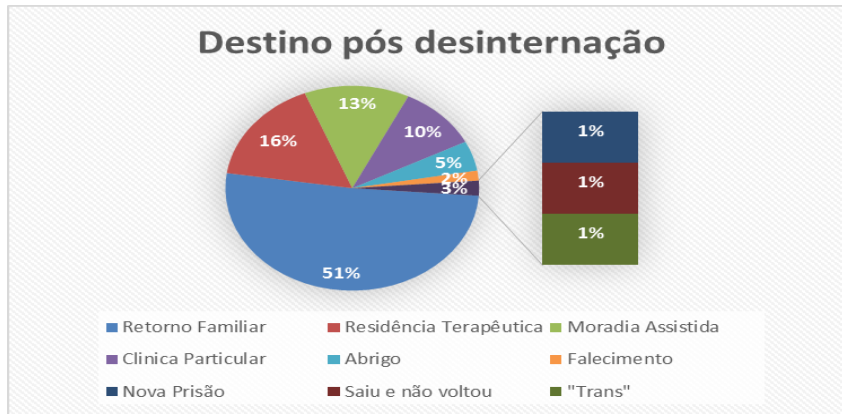
**Destinos- Quadro II**

Retorno Familiar	65
Residência Terapêutica	21
Moradia Assistida	17
Abrigo	06
Clínica Particular	03
Nova Prisão	01
Falecimento <sup>29</sup>	02
Saiu e não voltou	01
Transinstitucionalização	01
Total	117

**Fonte: Planilha de saída do HCTP Heitor Carrilho**

<sup>29</sup>Falecimento ou alta celestial, termo chulo utilizado de forma irônica no MJ para se referir a óbito.

Gráfico II



**Fonte: planilha de saída de pacientes HCTP Heitor Carrilho, período (2010-2015)**

O presente relato é fruto da saída de 117 pacientes no período entre 2010 e 2015 e as possibilidades encontradas para saída do HCTP pós desinternação. O retorno familiar, 51% n (65) é o destino com mais frequência. Consideramos muito importante e de imenso êxito quando se consegue ainda um lugar no âmbito familiar, pois muitas das vezes os laços afetivos foram esgarçados com o passar do tempo, porque o delito foi cometido na família ou na comunidade, impedindo assim o retorno do mesmo. É importante ressaltar que, por muitos anos, a decisão pericial de desinternação era ancorada no apoio familiar, ou seja, só era desinternado quem tinha “família”. A permanência de homens e mulheres por tantos anos no HCTP tem implicação direta com a concepção antiga dos peritos da época, sendo considerados os vínculos familiares de extrema importância para a concessão favorável à cessação de periculosidade. Há de se considerar que, anos passados, contávamos com expressiva escassez de recursos na rede de saúde mental. Com o passar dos anos, novas possibilidades foram se desenhando, com a criação da lei de saúde mental 10.216/2001, que iremos discorrer mais a frente.

Apresentou-se o total de 16% n (21) de saídas para residência terapêutica; e 13% n (17) moradia assistida, locais que iremos discorrer mais detalhadamente no próximo ponto. E seis (06) para abrigos. Sendo três pacientes encaminhados a clínicas particulares 1% n (3), até mesmo pela fragilidade da rede de saúde mental ou inexistência da mesma.

Em relação aos falecimentos foram 2% n (2). Sobre nova prisão foi o total de 1% n (1) que ocorreu após uma briga entre dois pacientes, com o triste desfecho de um homicídio, sendo assim, um foi para DP e cumprirá novamente medida de segurança e o outro faleceu.

Sobre sair e não voltar, 1% n (1). Já a transinstitucionalização, que é a transferência entre uma instituição hospitalar e outra tem a marca de 1% n (1). Esta ocorreu a partir do

esgotamento de todas as possibilidades de desinstitucionalização, isso inclui vaga em residência terapêutica e retorno familiar, por se tratar de uma paciente bastante comprometida em seu quadro clínico.

## 2.4 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS: LIMITES E POSSIBILIDADES

Neste ponto será abordado o processo de desinstitucionalização<sup>30</sup>, em vários âmbitos. O processo de desinstitucionalização é o avesso da institucionalização. Ou seja, sem uma coisa não existe a outra. A “desins<sup>31</sup>” se apresenta tanto para os pacientes de longa institucionalização como também a todos os envolvidos no processo de trabalho. Sabemos que, a “desinstitucionalização” das relações sociais requer algumas transformações culturais e subjetivas diante do paradigma para o tratamento e cuidado, isso quer dizer que, requer uma transposição dos modos e formas de tratamento até então, tendo em vista o novo modelo que se apresenta.

Iremos começar apresentando as definições de institucionalização e desinstitucionalização. Segundo Amarante (2003) *apud* Basaglia a ‘institucionalização’ é:

O complexo de “danos” derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional (AMARANTE, 2003, p.84 *apud* Basaglia, p. 259).

Como o ‘poder institucionalizante’ é entendido como o conjunto de forças, mecanismos e aparatos institucionais que ocorrem quando:

O doente, fechado no espaço augusto (sic) da sua individualidade perdida, oprimido pelos limites impostos pela doença, é forçado, pelo poder institucionalizante da reclusão, a objetivar-se nas regras próprias que determinam em um processo de redução e de restrição de si que, originalmente sobreposto à doença, não é sempre reversível (Ibid., p.85 *apud* Basaglia, p. 250).

Em concordância com o autor, podemos identificar claramente esses conceitos encarnados no HCTP-Heitor Carrilho. Dito de outra forma, como desabituar/desconstruir práticas consolidadas frente ao projeto que se apresenta, após um longo processo de padronização dos hábitos e violação de intimidade, leia-se privacidade.

Dito isto, agora, iremos apresentar e discutir os conceitos e etapas que se agregam ao processo de “desins”. Conforme Xavier (2015) apresenta em seu trabalho, este mostra que Rotelli aponta a crítica ao modelo americano centrado na desospitalização. Essa desacompanhada de cuidado extra- hospitalar cria um circuito de desassistência e novas interações, já que, a estrutura hospitalar faz parte do “ser” do usuário. A retirada brusca dessa estrutura é sentida como uma violência.

---

<sup>31</sup> A partir dessa página iremos nos referir a este termo como desins.

A desinstitucionalização<sup>32</sup> tem um parâmetro de abrangência institucional, utilizando os próprios recursos do manicômio para implodi-lo, no nível da reprodução social, com mudanças de cultura e semiótica, bem como respostas do Estado com as políticas sociais; subjetividade no que tange a participação dos próprios usuários, sua conotação civil, política e coloração de suas experiências pessoais (XAVIER, 2015, p.20).

“A noção de desinstitucionalização surge nos EUA em decorrência do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, entendida basicamente como um conjunto de medidas de desospitalização” (AMARANTE, 2003, p. 15):

1. A prevenção de internações inadequadas em instituições psiquiátricas, procurando alternativas comunitárias para seu tratamento;
2. Retorno para a comunidade de todos os pacientes institucionalizados que tiveram preparo adequado para tal mudança;
3. O estabelecimento e a mudança de sistemas de suporte comunitário para as pessoas não institucionalizadas que estejam recebendo serviços de saúde mental na comunidade (Ibid., 15 *apud* BROW, 1975). Ou seja, simples desospitalização segundo a concepção norte-americana.

Amarante (2003) *apud* Basaglia, diz: essa versão transcende e define como controle para ausência de violência com a loucura.

Embora calcada em uma crítica conceitual ao modelo de organização psiquiátrica, a desinstitucionalização nessa tradição está voltada, sobretudo, para objetivos administrativos (redução dos custos da assistência para os cofres públicos), e menos para uma real transformação da natureza da assistência. No entanto, o hospital psiquiátrico, ou como preferimos denomina-lo, o manicômio, também não é colocado em questão<sup>33</sup> (AMARANTE, 2003, p. 16).

Mesmo que esta, muitas das vezes, tivesse sido confundida com a mera desospitalização (redução do número de leitos, do tempo médio de permanência hospitalar, do número de internações, aumento do número de altas hospitalares, etc), cabe considerar que, ao lado de uma política progressista de redução do número de leitos psiquiátricos, existiu um proeminente aumento do número de serviços ambulatoriais, hospitais-dia, centros de convivência e outros recursos e tecnologias, menos, talvez, no Rio e em mais em outros estados. (AMARANTE, 1988, p.96).

---

<sup>33</sup> A expressão manicômio, em substituição a hospital psiquiátrico, tem sido utilizada mais especificamente desde 1987, como estratégia do MSTM no sentido de reforçar o caráter asilar, segregante, violento, tutelar e médico- jurídico de todas as instituições desta ordem. Conceitualmente, pois, para o MTSM, não há distinção entre hospital psiquiátrico, clínica psiquiátrica, asilo, manicômio ou hospício (Amarante, 1990b).

Uma outra tendência verificável nesse processo de reforma coloca-se em oposição à desinstitucionalização, por entendê-la como mera desospitalização ou, na radicalidade, como simples desassistência, isto é, como se as políticas de desinstitucionalização não significassem a substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de assistência e cuidado. Entende-se, nesse sentido, que a desinstitucionalização significaria abandonar os doentes à própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com essas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo (AMARANTE, 2003, p.18-19).

“Ou seja, esta não deve representar o desamparo ou simples envio para fora dos hospitais sem ter uma infraestrutura na comunidade para tratar e cuidar dos mesmos e das suas famílias” (AMARANTE, 2003 *apud* Morgado & Lima, 1994: 21-22). Não apenas uma “infra-estrutura”, mas a construção de um novo modo de existência.

Essa tendência contradesinstitucionalização assume maior significado após o surgimento do projeto de lei n 3.657/89<sup>34</sup>. Para além da questão do saber psiquiátrico, de sua cientificidade ou funcionalidade, é certo que se organizam interesses muito específicos de empresas e grupos que vivem na dependência do êxito desses mesmos interesses. Assim comportam-se, por exemplo, a indústria farmacêutica, a corporação psiquiátrica e, mais especificamente, em nosso contexto, os empresários de hospitais psiquiátricos. Estes, muitas das vezes, não sabem ou não pretendem saber o que significa a desinstitucionalização; contudo, opõem-se a ela pelo risco que pode representar aos seus interesses construídos, e tão somente sobre estes seus argumentos são construídos (AMARANTE, 2003, p.19).

Segundo Rotelli (1990), há que se fazer uma distinção entre três conceitos aparentemente sinônimos: Desospitalização, Desinternação e Desinstitucionalização.

Para ele:

A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como perseguição da solução – cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediadas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento (...) A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente.” (ROTELLI, 1990, p. 29-30).

Segundo Duarte (2010), o modelo de “desins”, que norteia a Reforma Psiquiátrica, deve ser compreendido como um processo de questionamento permanente dos saberes e práticas cristalizadas, históricas e instituídas, no cotidiano do cuidado com esses usuários. Assim, abordamos a questão da loucura, da subjetividade e da cidadania.

Segundo Xavier (2015), a desinternação jurídica e a desospitalização, que são termos muitos utilizados no Manicômio Judiciário (sendo o primeiro com mais frequência), refere-se

<sup>34</sup> Projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado, que propõe a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades de assistência (Amarante, 2003, p. 19)



à condição jurídica dos pacientes cuja medida de segurança foi extinta, portanto, são dimensões essenciais do processo de “desins”, uma vez que, sua saída só pode ser feita mediante autorização jurídica e comprovação da cessação de periculosidade por um perito forense. A desospitalização, por si só, pode apenas representar a saída do espaço institucional, ou seja, do hospital, porém, não necessariamente a desvinculação estrutural que existe com a lógica manicomial. A desinternação faz menção ao caráter jurídico do ato.

Uma pessoa desinternada pode não estar desinstitucionalizada, e há que se respeitar e trabalhar a desinstitucionalização pelo tempo de cada um, todavia sua permanência em um lócus de segregação como o MJ é uma excrescência médica, jurídica, psicológica e moral que avilta os direitos mais básicos desses sujeitos (XAVIER, 2015, p.57).

Em verdade, o fato de os pacientes estarem desinternados não significa sua “desins”, ou mesmo a desospitalização. No entanto, atualmente, o HCTP-Heitor Carrilho convive com essa realidade. Pessoas que já cumpriram medida de segurança e foram desinternadas e ainda habitam o espaço do HCTP-Heitor Carrilho por não terem suporte familiar ou pela inexistência de vagas em Serviço Residencial Terapêutico. Há ainda aqueles que resistem em sair do espaço institucional por ter constituído laços com o local (uma espécie de dependência da rotina institucional), alegando ser sua “casa”. O Hospital, assim como a nossa casa ou o nosso bairro, passa a fazer parte do “ser” desses pacientes. Alguns se “acostumaram” e não se veem mais vivendo em outro local, outras anseiam em voltar para casa, mesmo que ela não exista mais.

Sem contar os sujeitos que são considerados filhos da “institucionalização” por terem o passaporte de suas vidas carimbados por abrigos, casas acolhedoras, orfanatos e afins, tendo sua trajetória marcada por estadas em instituições.

“Sem a desinternação no MJ, os demais processos tornam-se inviáveis. A desospitalização pode ser considerada como a alta manicomial, o momento em que o louco dispõe de recursos externos de moradia” (XAVIER, 2015, p.59).

O trabalho de desconstrução do manicômio está em transformação, e é produzido através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavras; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (ROTELLI, 1990, p. 33).

Diante do exposto, iremos elencar como se configuram os limites e possibilidades da experiência de desinstitucionalização no HCTP.

O livro o “Holocausto Brasileiro”, de Daniela Arbex (2013), revela a “barbárie e a desumanidade praticadas durante a grande parte do século XX, no hospício de Barbacena, conhecido como Hospital Colônia”. A autora colhe dados e testemunhos de pessoas que viveram nesse “campo de concentração”, como foi chamado, e também expõem histórias dos sobreviventes, além de mostrar como caminham suas vidas. Uma passagem do livro de Arbex (2013) é esclarecedora, pois conta a história de um homem que deixou o hospital para morar em Serviço Residencial Terapêutico, mas quando se viu fora do hospital não sabia sobreviver sem amarras. E retrucou: “a que horas as luzes se apagam aqui? Retirado do convívio social por quase meio século, ele jamais poderia imaginar que agora era o dono do seu tempo e que tinha ele mesmo o poder de clarear ou escurecer o ambiente onde moraria. Além de nunca ter visto um apagador de luz, ser dono de si era uma novidade para quem viveu décadas de institucionalização” (ARBEX, 2013, p.33).

“A Nina, por exemplo, demorou seis meses para aceitar um colchonete, algo bem diferente para quem dormiu noites a fio sobre o chão. (...)” ficaram tão encantados com a possibilidade de usar tênis e sandálias, que no início não aceitavam ficar descalços, no começo a Lu não queria tirar o sapato nem para dormir. “Eu deixava, porque sabia que era a única coisa que ela gostou e teve na vida” (ARBEX, 2013, p. 107-109).

De acordo com a autora citada acima, esses foram alguns dos aspectos como esta experiência se desenhou no Hospital Colônia, e esses, coincidem de alguma forma com o do objeto em estudo. Pensando a partir da experiência localizada, no HCTP-Heitor Carrilho, discutiremos, a partir de agora, algumas etapas que corroboram para essa realização desse processo.

Desde então, uma nova realidade se aplica como uma possibilidade de “desins” aos pacientes do HCTP é o processo do “relativo empoderamento” financeiro, este advindo de programas da Política de Assistência Social, como Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou Programa de Volta Pra Casa (a estes, iremos nos deter mais adiante). Neste caso o conceito de empoderamento merece alguns comentários. Segundo Vasconcelos (2013), empoderamento é “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente, daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social.” Ou seja, podemos claramente “enquadrar” os usuários de saúde mental nesse contexto, muito embora, a partir da

constituição da lei nº 10.216/2001<sup>35</sup>, é apresentado o aumento de perspectivas para a pessoa em sofrimento mental, sendo, não mais, a internação e isolamento como a única forma de tratamento.

O mesmo autor nos chama atenção e faz uma distinção como se deu empoderamento para o contexto brasileiro em relação ao contexto anglo-saxônico, além de nos permitir identificar suas ambiguidades (podendo ser de caráter conservador<sup>36</sup> quanto emancipatório<sup>37</sup>) e os desafios apresentados como:

No contexto atual de políticas neoliberais (subfinanciamento, sucateamento e privatização das políticas sociais e serviços; terceirização, precarização dos direitos e rotatividade do trabalho; e aumento das demandas, do nível de gravidade dos problemas e da população adscrita a cada serviço), as questões do empoderamento acabam sendo secundarizadas pelos trabalhadores de saúde mental (VASCONCELOS, 2013, p.2829).

Voltando ao “relativo empoderamento”, chamo de relativo porque mesmo com essa nova possibilidade de recurso, pouco se altera na realidade do sujeito, em outras palavras, ele não deixa de pertencer à mesma classe social (neste caso) ou romper com correntes que o amarram durante sua trajetória de vida, exemplo disso é a permanência de pessoas no antigo HCTP-Heitor Carrilho que, mesmo com a possibilidade de saída (sua desinternação), ainda permanecem abrigados, devido a outros impasses que compõem esse emaranhado.

No entanto, mesmo assim, percebe-se a possibilidade de consumo como uma novidade que se apresenta. Entende-se também que, o consumo é considerado um dos instrumentos da “desins” – movimento este que, por vezes, é embaraçoso aos pacientes, principalmente os considerados embotados<sup>38</sup>, devido ao longo tempo de internação perderam ou simplesmente nunca tiveram o desejo/oportunidade de comprarem. E agora passam a ter aquisição de fazer compras, como: calçados, roupas, brincos, desodorantes etc. Ou seja, passando a assumir novos hábitos (hábitos articulados aos seus próprios desejos ou interesses). Sabe-se que o “ser” é mais amplo que o corpo biológico ou a genética, pois, nele, inclui: relacionamentos; hábitos; objetos pessoais; locais de circulação; dados históricos; geográficos; exigências culturais etc.

Nesse sentido, a prática desse novo hábito se faz como uma novidade para os pacientes, e, por vezes, não conseguem “assumir” a condição de consumidores e possuidores

<sup>35</sup> Novo modelo de atenção à saúde mental, visando a oferta de serviços de base comunitária, para tratamento em saúde mental com intuito de promover a inserção familiar, no trabalho e na comunidade.

<sup>36</sup> “Diz respeito sobre uma cultura de auto-ajuda, individualismo juntamente com a indiferença dos problemas sociais coletivos e o enquadramento do indivíduo no status quo, um liberalismo mais radical” (Vasconcelos, 2013).

<sup>37</sup> organizações de movimento de trabalhadores, de associações de usuários e familiares de saúde mental, de direitos civis, de minorias étnicas, a conquista do SUS etc. (Vasconcelos, 2013)

<sup>38</sup> Sem expressão de desejos e sentimentos.

de “escolhas”. Em contrapartida, essa regra não se aplica a todos. Outras pessoas do HCTP-Heitor Carrilho já querem comprar “tudo” ao mesmo tempo. Fazer compras agora é considerado um “artigo<sup>39</sup> de luxo”, a esses que muitas vezes passaram a vida com os “pés no chão”, nunca tiveram pertences pessoais e seus desejos respeitados. A esse aspecto, consideramos como limites da “desins”, já que, devido à ausência de escolhas e perda de autonomia por um longo período constituiu-se um “ser” sem desejos ou interesses próprios, submetido a uma estrutura hospitalar.

Podemos, ainda, elencar como limite e possibilidade, ao mesmo tempo, a compra e venda de artigos de toda ordem, entre eles, com valores exorbitantes, fora de preço de mercado e altos juros cobrados. Mesmo, com a possibilidade de recurso financeiro para fazer escolhas e compras, ainda existe a prática do escambo, à qual foi cultivada por longo período. Exemplo: Tino vai à rua comprar um saco de fumo por um valor e vende por vezes mais. A Lógica vale para tudo, desde que haja um comprador.

De acordo com Amarante (2003) *apud* Franco Basaglia, por definição, o manicômio é o local onde não existem “trocas”, ou que as trocas entre as pessoas tendem a ser zero<sup>40</sup>. O ponto é que a estrutura hospitalar tenta a todo custo criar um ambiente de troca zero. O alienado é aquele que não possui poder de troca ou de “contratualidade”. Em alguns casos, os técnicos de saúde são pessoas dispostas a emprestar sua própria contratualidade ao alienado, porém, existem os pacientes que dispõem de sua própria contratualidade, como nos casos de pacientes que prestam pequenos serviços como faxinas (nas unidades prisionais ou em hospitais de custódia<sup>41</sup>) etc. Vimos então que, “a administração da psiquiatria é exercitada com um instrumento soberano: a privação, a tutela, a internação tem esta única finalidade: subtrair as trocas, estabelecer relações de mera dependência pessoal” (ROTELLI, 1990, p. 74, *apud* DONZELOT 1984).

Em outras palavras, diante da perda de autonomia, os técnicos “emprestam” sua contratualidade a fim de viabilizar direitos básicos aos usuários (idas à padaria, retirada de documentação, idas ao dentista etc.), até que a autonomia mínima do alienado seja restabelecida.

---

<sup>39</sup> Possibilidade de compra.

<sup>40</sup> Termo utilizado por Franco Basaglia

<sup>41</sup> Pessoa eleita que possa emprestar sua “força de trabalho” a membros da equipe técnica, jargão usado no sistema prisional.

Assim, uma concepção possível para autonomia seria pensá-la como o momento em que o sujeito passa a conviver com seus problemas de forma a requerer menos dispositivos assistenciais do próprio serviço. Assim, caberia à instituição funcionar como um espaço intermediário, um local de passagem, na medida em que possibilitaria aos usuários um aumento de seu poder contratual, emprestando-lhe, segundo Tykanori (1996), sua própria contratualidade (SANTOS, et al, 2000, p. 20).

Numa passagem do trabalho de Francisco Xavier (2015), podemos identificar tal questão,

Algumas vezes, como profissionais que lidam diretamente com o sujeito da ação da desins, o “paciente”, percebemos o quão petrificados estão alguns frente aquilo que consideramos mais triviais (as mínimas comunicações, o optar por qualquer coisa). Como se seus sonhos tivessem sido sequestrados pela górgona e permanecessem imóveis e sem vida. Cabe ao profissional ativar ou instigar o interesse minúsculo, a esperança mais fugidia, a fala monossilábica e a verdade do (e não no) delírio (2015, p. 63).

Ainda falando dos limites e possibilidades, notou-se que: mesmo diante desses “limites” apresentados acima, ressalta-se que, esta nova fase também vem recheada de novidades como a retirada da documentação civil; resgate da cidadania interrompida pelo fato do duplo estigma (louco/infrator); além de: tratamento dentário; compra de cigarros/ consumo de “pão com mortadela<sup>42</sup>”; passeios e compra de demais artigos. A este curso, também se acrescenta o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, tanto pelos novos hábitos alimentares, quanto aos anos de descaso e iniquidade a saúde dessas pessoas enclausuradas em MJ, devido à dieta irregular, à ausência de atividades físicas e promoção da saúde. Vale lembrar que, a dieta no HCTP-Heitor Carrilho é rica em carboidratos, principalmente, o pão, que é distribuído três vezes ao dia como lanche.

Cabe lembrar que, o novo momento de “desins” vem acompanhado de redução da equipe profissional e do ócio durante os dias para os pacientes ainda abrigados, ou seja, todo dia é praticamente a mesma coisa para os pacientes, novidade é uma palavra que eles desconhecem em seus vocabulários.

O que ocorre esporadicamente são passeios culturais organizados por uma das profissionais, porém não é possível ir todos os pacientes abrigados, tanto por falta de recurso humano para acompanhar o passeio, quanto por falta de espaço do transporte (kombi), além dos que não se motivam a sair de dentro do MJ, devido ao processo de mortificação, como mostrou Goffman (1992). Todo esse movimento de mudanças, já citado, também é

---

<sup>42</sup> O pão com mortadela foi instituído por uma das profissionais após admissão de recursos dos pacientes. Objetivo era treinar autonomia, redescobrir “novos sabores” (diferente do pão de leite com manteiga ou queijo que é servido três vezes ao dia, todo santo dia) e treinar funções básicas de como agir na padaria ou supermercado.

considerado em parte limite e ao mesmo tempo possibilidade que a “desins” traz. O processo de “desins” é marcado pelo abandono de práticas internas como oficinas e festinhas, que dão vez ao trabalho de articulação extramuros com a rede, como idas ao CAPS etc.

“Mas a luta contra a institucionalização interna é também uma ação prática contra a ‘carreira moral’<sup>43</sup> produzida pela ‘ institucionalização total’:” para o homem imóvel, sem um futuro, um objetivo, um projeto, uma espera, uma esperança em torno da qual se voltar (...) o melhor é a reconquista da própria liberdade...” (Ibid., p. 86- *apud* La’ *comunitá terapêutica*, p. 269’). Em suma, é apresentado uma nova realidade para essas pessoas, a possibilidade de sentirem alguma coisa diferente de rejeição, medo, dor e solidão coletiva, como era de costume. Sobretudo, a oportunidade de escrever um novo capítulo de suas vidas. A esta, leia-se como possibilidade da “desins”.

Cabe ressaltar que, construir alternativas residenciais e de tratamento ao asilo, como acesso a unidade residencial pública supõe uma vaga em SRT que vem acompanhada de tratamento no CAPS, porém, diante do atual cenário de diversas precarizações, sucateamento e falta de investimento na política de saúde, esse dispositivo vem se mostrando insuficiente para atender a todas as demandas. Registram-se ainda os municípios que carecem de CAPS. Dessa forma, torna-se mais difícil dar prosseguimento ao processo de “desins”, tendo em vista os pacientes que dependem única e exclusivamente, desse modo, de moradia para concretizar sua saída. Contudo, consideramos uma possibilidade da “desins” a existência dessa alternativa objetivando que esse sujeito alcance “autonomia” e através dessa, possa residir sozinho ou com algum parente futuramente. No entanto, sabemos que em alguns casos essa pretensão é inviável.

Sobre os dispositivos existentes em saúde mental, elenca-se o que chamam de Moradia Assistida<sup>44</sup>, que dependerá das condições socioeconômicas dessa população e, neste caso, limitam-se na maioria em Bolsa Família, BPC ou a inclusão no Programa de Volta Pra Casa<sup>45</sup>. Também, há de se considerar o valor dos aluguéis do mercado imobiliário no Rio de Janeiro, que gostaria de chamar aqui para uma exploração imobiliária, diante dos altíssimos valores que vem sendo cobrados nos últimos anos. Com isso, muitas vezes, torna-se inviável adotar

---

<sup>43</sup> O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do seu eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. “Começa a passar por algumas mudanças em sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele” (Goffman, 1974, p. 24).

<sup>44</sup> Assunto para discutirmos melhor no próximo ponto.

<sup>45</sup> Programa de transferência de renda voltado para egressos de hospitais psiquiátricos de longa internação.

essa alternativa para um paciente. Podemos confirmar essa informação, segundo a reportagem do jornal globo (G1), em 2015: “*A cidade com o metro quadrado mais caro foi o Rio de Janeiro (R\$ 41/mês), seguida por São Paulo (R\$ 37/mês). O aluguel mais barato foi em Curitiba (R\$ 16/mês)*”. Para além dessa questão, observa-se também as condições de autonomia, preservação e organização do paciente para que tal projeto seja pensado, trabalhado e realizado. A esse aspecto, podemos considerar um limite para alguns e ao mesmo tempo uma possibilidade para outros.

Em verdade, as alternativas de saídas são construídas a partir da vivência e desejo do paciente para o estabelecimento de um território de retorno. Salvo em algumas situações, quando o retorno para a comunidade é evitado, devido às possíveis retaliações ou situações de risco que o paciente possa vivenciar – frutos do delito cometido à época da internação em HCTP.

A grande maioria dos pacientes, após a desinternação, permanece no hospital por ausência de condições extramuros de tratamento e habitação. Sua estada no MJ é, do ponto de vista ilegal, uma violação de direitos. Um paciente desinternado não deveria permanecerem um ambiente asilar, todavia devemos atinar para o fato de que **a lei não funciona à revelia das estruturas sociais** (XAVIER, 2015, p, 60).

“A desins é uma (re) construção paulatina dos territórios simbólicos, dos refugos emocionais, da experiência do “estar” no mundo, da singular universalidade” (XAVIER, 2015, p.62). Nas palavras de Rotelli (1990), a real desinstitucionalização abarca o processo prático-crítico que reorienta instituição e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções. A questão não mais é a cura, e sim a emancipação do sujeito. Ou seja, não restringe a reparação, mas de reprodução social das pessoas, outros diriam, o processo de singularização e ressingularização em direção a esse novo objeto.

Para Tenório (2002),

Território é como algo que demarca a regionalização da assistência, mas que é muito mais do que isso: o território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo. A noção de território aponta, assim, para a ideia de territórios subjetivos. Em lugar de psiquiatria comunitária e preventiva, fala-se hoje em atenção psicossocial e território (2002, p. 32).

O processo de “desins” é complexo em virtude da produção de subjetividade, disciplina, adestramento, docilidade ao paciente que produzem as instituições totais. Para tal processo, recomeça-se com uma nova proposta que implicará na subjetividade de cada um, e da desconstrução do “adestramento” as práticas manicomiais.

Como exemplo:

[...] Se os asilos ainda permanecem em números significativos no país como depósitos de excluídos e despossuídos de todos os matizes, tratados de forma desumanizada e empobrecida de sentidos – lugares de troca zero<sup>46</sup>, reforçando a periculosidade e a improdutividade dos ditos loucos-, não há dúvida que a expansão dessa nova rede de cuidados ainda tímida e precária representa sinais de transformação dos modos tradicionais de lidar com a loucura, e que, portanto, não se resume à desospitalização e a criação social e administrativa de novos serviços, mas que implica na reinvenção de saberes e práticas neste campo em que estamos implicados ética, política e teoricamente (DUARTE, 2010, P.186).

Para a construção de um projeto terapêutico de desins, são necessários alguns elementos que servem como âncoras: como o trabalho da autonomia e cidadania do sujeito; a (re) construção da história de vida e de um cotidiano fora da rotina hospitalar, que sirva de moldura ou suporte pra uma nova existência; a aproximação e fortalecimento das relações sociais etc. Além de meios para locomoção da instituição como: kombis; recursos para sustentar saídas em transportes públicos, a fim de garantir a inserção do paciente nos serviços de saúde assistenciais, além do desejo do paciente em aceitar sair do HCTP para iniciar ou continuar o tratamento. Sem contar que, a saída de um paciente obedece a um certo ritual: ir à rua impõe revistas corporais, autorização da equipe técnica e de segurança, condições mínimas de circulação do paciente, superação do medo em relação ao mundo externo etc.

Segundo Xavier (2015), constantemente, o paciente proveniente de MJ é temido nas unidades de saúde comunitárias. Cabe registrar que, a “desins” de um ambiente prisional é mais árdua que em um hospital psiquiátrico comum, sendo em MJ, ela anda presa às amarras pelo processo da prisionização, além do estigma do criminoso.

Recuperando a discussão sobre as possibilidades, nota-se ainda, que existem alguns entraves para conseguir vaga em CAPS, SRT, abrigos públicos ou pensões particulares, por causa do receio em conviver com alguém que supostamente oferece risco aos demais. Frases do tipo: “este paciente não preenche o perfil de nossos usuários”. Ou, “aqui não é lugar adequado para este tipo de pessoa”, são comuns. Ressalta-se que, por vezes, também se impõe como desafio sustentar o território do paciente, tratando-se de buscar vaga em SRT, devido ao

---

<sup>46</sup> (expressão cunhada por Franco Basaglia e muito difundida no Brasil, que retrata como a população usuária das instituições psiquiátrica é tratada, como o uso inadequado de medicamentos de forma prolongada, que muitas vezes o usuário não precisa mais, o uso de eletroconvulsoterapia (ECT) ou eletrochoque, principalmente no setor privado conveniado, mesmo que na atualidade não seja mais dado como forma de tortura/punição e haja um certo controle na sua aplicação pela ANVISA(Agência Nacional de Vigilância Sanitária), inclusive com autorização por escrito do usuário ou da família, e o preparo do usuário, incluindo anestesia geral de curta duração.



preconceito velado ao MJ e por “apresentar-se” como ameaça aos moradores dessa futura casa. A busca por uma vaga em SRT não é tarefa muito fácil, diante do pequeno número de vagas oferecidas e do grande número que necessitam dessa intervenção.

Relata-se certa “preocupação” até mesmo, quando os pacientes pleiteavam algum benefício social, na hora da perícia, o perito costumava indagar acerca do delito que cometeram, ao invés de se ater ao transtorno mental em questão.

Aqui, foram elencadas algumas das possíveis possibilidades e limites apresentados nesse processo. Vale lembrar que o processo não é estático, o que pode ser um limite hoje, poderá ser uma possibilidade amanhã. Por isso, o projeto terapêutico está sempre em construção.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos em nosso trabalho desenvolver uma análise crítica do processo de institucionalização e seus rebatimentos frente ao processo de desinstitucionalização apresentado aos pacientes do HCTP - Heitor Carrilho.

Durante o trabalho, pretendeu-se mostrar como vários aspectos permeiam e corroboram para um processo de institucionalização e endurecimento nas instituições totais. Elencou-se como a medida de segurança assume um papel híbrido frente ao tratamento do dito louco-infrator. Tal caráter híbrido foi evidenciado porque a medida de segurança não deve evidenciar caráter repressivo, porém evidencia diante do longo tempo de institucionalização que são submetidas essas pessoas. A medida de segurança se fundamenta no sujeito considerado inimputável, ou seja, que cometeu algum delito e não tinha consciência plena de seus atos, além de ser ancorada na ideia da periculosidade e não culpabilidade. Vimos que essa medida pode ser mais nociva ao sujeito inimputável do que ao imputável, em função do momento que ela não tem um tempo determinado para seu cumprimento, apenas um período variável de um a três anos, a princípio.

No entanto, o louco-infrator só será desinternado, a partir da periculosidade cessada, sendo consagrada pelo laudo de cessação de periculosidade. Em outras palavras, o sujeito inimputável diferente do imputável (que cumpre pena, com tempo determinado), por vezes, amarga um tempo maior enclausurado do que o dito imputável. Outro componente que também diz respeito sobre esse caráter híbrido tange ao aspecto físico da instituição como trancas, grades e uma segurança intensiva, além da ambivalência do tratamento dispensado ao louco-infrator, que é tratado e chamado muitas vezes de preso e não paciente.

Evidenciamos que o processo de desinstitucionalização é muito mais profundo e complexo que a mera desospitalização, ou seja, apenas a redução do número de leitos e altas hospitalares, numa concepção apenas de saída do ambiente hospitalar, desacompanhada de um compromisso com a assistência extra hospitalar, podendo ainda permanecer a vinculação numa lógica manicomial. Dessa forma, a “desins” requer complexas transformações culturais e subjetivas. Em nota, sabemos que esse processo se dá num ambiente com forte ranço prisional, como é o caso do HCTP- Heitor Carrilho, e mostrou-se seu desenvolvimento mais lento e gradual.

Por fim, ainda nos deparamos com algumas pessoas em situação de abrigadas no HCTP-Heitor Carrilho, mesmo com sua situação jurídica encerrada, que, neste caso, é imprescindível a desinternação. E só a partir de então, iniciar-se-á o processo de desinstitucionalização, que é singular e particular a cada sujeito.

Neste caso, o paciente ainda abrigado neste HCTP fica impedido de usufruir um novo modo de vida, destituído de formatação, repressão e de uma cultura prisional. Diante da pesquisa, foi possível perceber a ausência de um trabalho que fomente a (re) aproximação de familiares/entes queridos com egressos de medida de segurança, a fim de reduzir o esgarçamento do vínculo afetivo, minimizando o retrato do abandono e da solidão instituída em muitos casos. Fruto desse abandono são as pessoas que ainda permanecem no HCTP, podendo ser consideradas o que tem de “pior”, no sentido, de não terem um lugar para retornar, seja no âmbito familiar ou em relação ao poder público, pois ainda encontramos municípios que não oferecem dispositivos de saúde mental.

Dito isto, esperamos poder prestar alguma contribuição para a construção de políticas públicas mais abrangentes e o fortalecimento e debate acerca do processo de institucionalização e desinstitucionalização, considerando a visão de totalidade e leitura crítica da realidade da categoria profissional. Avaliamos que a lógica antimanicomial e o projeto da Reforma Psiquiátrica expande as possibilidades de uma nova realidade para a saúde mental do país, a partir da promulgação da lei 10.216/01 e toda a criação dos dispositivos (CAPS, SRT, Centro de Convivência etc.), assim como os recursos provenientes da política de Assistência Social (BPC, Bolsa Família e De Volta Pra Casa) que auxiliam nesse projeto de “desins”.

Sabemos que jamais poderíamos esgotar o assunto, mas procuramos considerar a desinstitucionalização e mostrar seus limites, possibilidades e desafios frente ao projeto neoliberal e a fragilidade das políticas públicas existente no campo da saúde mental. Bem como a insuficiência de vagas em serviço residencial terapêutico, local destinado à moradia para pessoas provenientes de longa internação e que não possuem local de retorno para moradia após desospitalização; a baixa cobertura assistencial, além da necessidade de ampliação de uma rede de atenção de base comunitária territorial promotora da reintegração social e da cidadania, que fomente a autonomia do sujeito. Mostrou-se também a importância do aumento dos recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental, para assegurar uma cobertura necessária e garantia a todas as demandas.

Ressalta-se que a desinstitucionalização de egressos de hospitais de custódia é menos flexível do que a de hospital psiquiátrico, devido ao duplo estigma empregado ao sujeito, de louco e infrator. Em suma, notou-se ao longo do caminho que o processo de reforma psiquiátrica ainda se encontra em estágio embrionário, pois ainda contamos com a existência de instituições psiquiátricas com uma lógica estritamente manicomial que aparta o sujeito de uma vivência com a comunidade.

#### 4. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, José Augusto Guilhon. **Instituições e poder: a análise concreta das relações de poder nas instituições**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986, p. 127-141

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

\_\_\_\_\_. *O homem e a Serpente*. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 13-26; 83-94, 2003.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1.ed - São Paulo: Geração Editora, 2013.

BARROS, Sônia; SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1780-1785, Dec. 2011. . . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v45nspe2/25.pdf>. Acesso em junho de 2015.

BEIRAL, Thaís Cassiano. **Desinstitucionalização: Uma outra via? De que modo?** Rio de Janeiro, 2013. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL, Decreto Lei n. 2.848/1940, 07 de dezembro de 1940. Instituí o Código Penal brasileiro. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em janeiro de 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29797&janela](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela)>. Acesso em junho de 2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 11, ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília, 2012. Disponível em:<  
[file:///F:/Downloads/sm%20em%20dados%2011%20\(3\).pdf](file:///F:/Downloads/sm%20em%20dados%2011%20(3).pdf). Acesso em junho de 2015.

Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível.

em<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-agente>>. Acesso em maio de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Lei 7.210 de 17 de junho de 1984. Lei de Execuções Penais. Título VI: Da Execução das Medidas de Segurança.

\_\_\_\_\_. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em fevereiro de 2015.

\_\_\_\_\_. Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, 8 dez. 1993. Disponível em: <[Http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742.htm](Http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm)>. Acesso em abril de 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria/GM nº106 de 11 de fevereiro de 2000.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 5 de 04 de maio de 2004.

Observatório Crack, é possível vencer. Outros Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html>>. Acesso em maio de 2015.

CORREIA, Ludmila. Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, concentração em Direitos Humanos, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2007.

CARRACA, Sérgio. **Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; EdUSP, 1988(p. 148-201)

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Brasília, 2013. Disponível: < [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/11/CAPS\\_05.07.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/11/CAPS_05.07.pdf)>. Acesso em junho de 2015.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. Prefeitura do Rio de Janeiro. Disponível em: < <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>> Acesso em junho de 2015.

DANTAS, Rosilene & PEREIRA, Tania Maria Pereira. Notas reflexivas sobre a Relação de Custódia e o Exercício Profissional: o Caso do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. *In*: FORTI, Valéria e GUERRA, Yolanda (orgs.) **Ética e Direitos: Ensaios críticos**. Rio de Janeiro, Editora Lumen Juris, 2009, p.139-156.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil. Censo 2011**. Brasília: Editora Unb, Letras Livres, 2013. (246-270). Disponível em< [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15170/1/LIVRO\\_CustodiaTratamentoPsiquiatrico.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15170/1/LIVRO_CustodiaTratamentoPsiquiatrico.pdf)>. Acesso em abril de 2015

Dicionário, Informal. Disponível em< <http://www.dicionarioinformal.com.br/judici%C3%A1rio/>>. Acesso em dezembro de 2014.

DUARTE, Marcos José. O campo da Atenção Psicossocial na Política de Saúde Mental e o Serviço Social- Considerações sobre o Ethos do Cuidado. *In*: FORTI, Valéria e GUERRA, Yolanda (orgs.). **Serviço Social: Temas, textos e contextos. Coletânea Nova de Serviço Social**. Rio de Janeiro, Editora Lumen Juris. 2010, p. 183-195.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. 25. ed. São Paulo: Graal, 20012. (p.109-212

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. 39. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

FORTI, V. **Ética, crime e loucura: reflexões sobre a dimensão ética no trabalho profissional**. 2ª e. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**.ed. 2(1992)

IBRAHIM, Elza. **Memória Interrompida ao silêncio da Loucura**. ed.1 Curitiba: Appris, 2014.

JUSBRASIL, Medida de Segurança.

Disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/26413368/medida-de-seguranca>>.

Acesso em janeiro de 2015.

Justiça determina que governo transfira pacientes de hospital de custódia no Estácio. Matéria do Globo. Brasil, 2012. Disponível <<http://oglobo.globo.com/rio/justica-determina-que-governo-transfira-pacientes-de-hospital-de-custodia-no-estacio-6461305>> Acesso em maio de 2015.

Memória da Loucura. Disponível

em:<<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/moreira.html>>. Acesso em maio de 2015

PEREIRA, Tânia Maria Pereira. Quando o camburão chega antes do SAMU: notas sobre os Procedimentos técnico-operativos do Serviço Social. In: FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda Aparecida Demétrio. **Serviço Social: Temas, Textos e Contextos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, p. 163-181, 2010.

ROTELLI. Franco. LEONARDIS. Ota; MAURI.Diana, **Desinstitucionalização, uma outra via**. São Paulo, Hucitec, in Desinstitucionalização, NICÁCIO, F. (org). 2001, p.17-60.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Rev. katálisis**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, Dec. 2013 .

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v16n2/09.pdf>. Acesso em junho de 2015.

SILVA, Haroldo Caetano. PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator.

Disponível em: <<http://www.premioinnovare.com.br/praticas/paili-programa-de-atencaointegral-ao-louco-infrator>>. Acesso em junho de 2015.

SOARES, Camila Roque. **Desafios da loucura judicializada: Desinstitucionalização de pacientes que cumpriram medida de segurança de internação**. Rio de Janeiro, 2013. Trabalho de Conclusão de Curso-Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

TENORIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, Apr. 2002. Disponível <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 de maio 2015.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. PAI-PJ - Programa de Atenção ao Paciente Judiciário. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal/acoes-e-programas/programa-novos-rumos/pai-pj/>>. Acesso em: Junho de 2015.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade da interdisciplinaridade**. São Paulo, Cortez, 2000, p.17-35.

\_\_\_\_\_. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10):2825-2835, 2013. Disponível <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413>>. Acesso em maio de 2015.

XAVIER, Francisco Cooulang. **O caso do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho: Relatos de uma experiência de Desinstitucionalização Manicomial**. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2015.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese (doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006, p.116-122.