



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

APOENA RANELE CABRAL DA COSTA

TRATAMENTO DO PACIENTE JUDICIÁRIO: avanços e limitações após a Reforma Psiquiátrica.

SÃO LUÍS

2020

APOENA RANELE CABRAL DA COSTA

TRATAMENTO DO PACIENTE JUDICIÁRIO: avanços e limitações após a Reforma Psiquiátrica.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Ma. Wanderlea Nazaré Bandeira Ferreira.

SÃO LUÍS

2020

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

COSTA, Apoena Ranele Cabral da.
Tratamento do paciente judiciário : avanços e
limitações após a reforma psiquiátrica / Apoena Ranele
Cabral da COSTA. - 2020.
62 f.

Orientador(a): Wanderlea Nazaré Bandeira Ferreira.
Curso de Psicologia, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2020.

1. Manicômio Judiciário. 2. Medida de segurança. 3.
Paciente judiciário. 4. Reforma Psiquiátrica. 5.
Tratamento. I. Ferreira, Wanderlea Nazaré Bandeira. II.
Título.

APOENA RANELE CABRAL DA COSTA

TRATAMENTO DO PACIENTE JUDICIÁRIO: avanços e limitações após a Reforma Psiquiátrica.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em: ____/____/____

Nota média: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Wanderlea Nazaré Bandeira Ferreira (Orientadora)

Mestre em Psicologia Clínica (Universidade Federal do Pará)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Carlos Antonio Cardoso Filho (Examinador)

Doutor em Psicologia Social e Institucional (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)
Universidade Federal do Maranhão

Psicóloga Camila Campos Silva (Examinadora)

Mestranda em Educação para a Saúde (Instituto Politécnico de Coimbra)
Umanitá Psicologia Integrada

Profa. Dra. Francisca Moraes da Silveira (Suplente)

Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento (Universidade Federal do Pará)
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me dado a vida e cuidado de mim, preenchendo-me da Sua alegria e amor. Tenho a certeza de que meus dias nessa graduação não seriam os mesmos sem a presença dEle. Portanto, a Ele toda honra e glória.

Agradeço aos meus pais que sempre deixaram clara a importância da educação e por batalharem cada dia para proporcionar o melhor para mim e minha irmã. Sou grata por serem exemplo para minha vida e estarem presentes em cada etapa. À minha mãe, Irene, pela demonstração de força, diligência e amor pelo que se faz. Ao meu pai, Floriano, pelos conselhos, a alegria constante e o cuidado diário.

Às minhas irmãs, Ana Luiza e Liliane, pelo amor manifestado nas brincadeiras, orações e conselhos, principalmente nessas últimas semanas.

Aos meus tios-pais, Ana Zilda e Carlos Eduardo, que me adotaram como filha e me preenchem de amor e cuidado. Grande parte da pessoa que eu me tornei é influência de vocês.

Agradeço a toda minha família, por serem refúgio e alegria para minha vida.

Àqueles, amigas e amigos, essenciais em minha vida:

Amanda e Rodrigo, por serem meus companheiros na vida cristã, pelas zoeiras e todo incentivo dado, em forma de risada e comida.

Andressa, Juliana, Karla, Milena, Tia Jucy, David, Brendon, Lucas e Adryenne, o famoso Princípio, por toda amizade e força.

Laisse, Bia, Júlia e Juliana – as SOS GESTALTISTAS – que foram fundamentais nesses dois últimos anos e por serem sinônimos de alegria, refúgio e companheirismo. A trajetória da graduação não teria sido tão prazerosa sem vocês.

Sávia, Manu, Fillipe e Polyanna, pela amizade, risadas e amor. Tive o prazer de caminhar com ótimas pessoas e excelentes futuros psicólogos.

Turma 2015.1 que me proporcionou crescimento pessoal e acadêmico. Cada um de vocês ficará marcado na minha história.

Nelson e Isaura, meus pastores, pelas conversas, orações e conselhos.

Poliana, pela disponibilidade em me ajudar na construção deste trabalho.

Por fim, agradeço a minha orientadora, Wanderléa Ferreira, por ser cheia de afeto e compreensão, o ânimo que me foi dado, através da sua vida, foi essencial nessa etapa.

“[...]”
E, ainda sobre as 3 cenas:
são 3 cenas de um mesmo filme-documentário:
Cena 1, das mortes sem batidas de sino;
Cena 2, das overdoses usuais e ditas legais;
Cena 3, das vidas sem câmbios lá fora
- que se reescrevam, então,
Os Infernos de Dante Alighieri;
mas, aqui é a realidade manicomial!
[...]”
porque a casa dos mortos,
que é a metáfora arquitetônica
pela qual designo a psiquiatria,
pede que se fale
contra si mesma!”

Trechos do poema “A Casa dos Mortos”, de
Bubu.

RESUMO

A loucura, tida como perigosa e assustadora, foi rechaçada ao manicômio durante muitos anos. O louco foi excluído, violentado e morto durante sua estadia nessa instituição e frente a essa realidade, os movimentos contrários à postura opressora e desumana surgiram no horizonte social, a partir da década de 70, como, por exemplo, a reforma psiquiátrica (RP), que tinha por objetivo a transformação prática, teórica, cultural e social do cotidiano das instituições manicomiais. Após anos de construção política, social e teórica, a RP alcança a promulgação da Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtorno mental. No entanto, frente a essa nova realidade assistencial, o manicômio judiciário permanece como um grande desafio, dado seu caráter, concomitantemente, jurídico e assistencial em saúde, visto que os indivíduos que lhe são destinados podem ser considerados pacientes e presos. Logo, a presente pesquisa objetiva analisar os avanços e limitações no tratamento do paciente judiciário após a reforma psiquiátrica, com os objetivos específicos de caracterizar a história da loucura no mundo, o processo da Reforma Psiquiátrica e a existência de manicômios judiciários atualmente no Brasil, conhecer o tratamento proposto pela RP e a aplicação às medidas de segurança, e por fim, desvelar os avanços e limitações do tratamento do paciente judiciário após a RP. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que segue a análise qualitativa dos dados por meio do método fenomenológico. Por fim, em face dos avanços e limitações, conclui-se que no cotidiano da maioria das instituições para execução de medida de segurança no Brasil, há limitações. Entretanto, os programas inovadores – PAILI E PAI-PJ –, explicitam que é possível encontrar avanços nessa área, quando as instituições que a gerenciam comungam em um mesmo objetivo, o de considerar a pessoa com transtorno mental um cidadão de direito, respeitado em suas singularidades e que deve ser acompanhado em sua integralidade.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Manicômio Judiciário; Medida de segurança; Paciente judiciário; Tratamento.

ABSTRACT

Madness, considered dangerous and frightening, has been repelled in the asylum for many years. The crazy person was excluded, attacked and murdered during his stay in this institution and, in face of this reality, movements against to this oppressive and inhuman posture showed in the social horizon in the 70's, such as, for example, the Psychiatric Reform (PR), which aimed a practical, theoretical, cultural and social transformation of the daily routine of the asylums. After years of political, social and theoretical construction, the PR achieves the enactment of Law 10.216/ 2001, which deals with the rights of people with mental disorders. However, in front of this new healthcare reality, the judiciary asylum remains as a great challenge, given its, at the same time, legal and health care character, since the individuals sent to it can be considered patients and prisoners. Therefore, this research aims to analyze the advances and limitations in the treatment of the judiciary patient after Psychiatric Reform, with the specific objectives of characterizing the history of madness, the process of Psychiatric Reform and the existence of judiciary asylums in Brazil, to know the treatment proposed by PR and its application to security measures, and finally, to unveil the advances and limitations of the treatment of judiciary patients after PR. This is a bibliographic research, using qualitative data analysis through the phenomenological method. Finally, given advances and limitations, it can be concluded that, in the daily routine of the most institutions in Brazil that execute security measures, there are limitations. However, the innovative programs - PAILI and PAI-PJ - make it clear that the progress in this area can be found when its institutions share the same goal of considering the person with a mental disorder a respected citizen in his own right, singularities and a person who must be accompanied in his integrality.

Keywords: Psychiatric Reform; judiciary asylum; security measures; judiciary asylum patient; treatment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 MÉTODO	12
3 A LOUCURA NA HISTÓRIA, NAS INSTITUIÇÕES E NOS MOVIMENTOS SOCIAIS.....	14
3.1 A loucura na história e a criação dos manicômios	14
3.2 A existência dos manicômios judiciais no Brasil.....	20
3.3 Percursos da reforma psiquiátrica no Brasil	24
4 O TRATAMENTO REFORMADO	30
4.1 A lei que orienta o tratamento.....	30
4.2 A execução da medida de segurança e sua aplicação legal	38
4.3 A realidade dos manicômios judiciais brasileiros.....	40
4.4 Práticas assistenciais ao paciente judicial.....	43
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	47
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIA.....	57

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela temática da saúde mental surgiu ao longo dos anos de graduação da presente autora, mas que teve seu marco nos estudos mais específicos dessa área através de disciplinas e, principalmente, das experiências na Liga Acadêmica Maranhense de Psiquiatria e Saúde Mental¹ (LAMP), que possibilitaram o contato com parte da realidade do funcionamento do Hospital Nina Rodrigues². Foi no setor dos pacientes privados de liberdade, que o interesse em pesquisar sobre o tratamento do paciente de manicômio judiciário após a Reforma Psiquiátrica surgiu.

Ao longo da história humana, a loucura foi alvo de combate espiritual e social, por meio da segregação, ao passo que era vista de forma mística e enigmática (FOUCAULT, 1978; SPADINI e SOUZA, 2006). Além disso, foi constituída também como aspecto paralelo a criminalidade, tendo em vista que a sua estruturação era tida como uma tipologia natural de indivíduos criminosos, ou seja, revelava-se “enquanto manifestação de uma natureza individual anômala, de um psiquismo perturbado pela doença” (CARRARA, 2010, p. 21). Portanto, o crime tornou-se objeto de investigação da ciência e à medida que isso ganhou forma, o questionamento sobre a relação deste com as manifestações mentais patológicas ganhou mais forma.

Diante disso, a loucura foi entendida como problema a ser resolvido e ao longo da história encontrou destinos diferentes, porém análogos. Tendo em vista isso, Foucault (1978) aponta que o manicômio surge como continuação ao sistema asilar, criado inicialmente para separar o leproso do convívio social, por meio de leprosário – que se multiplicaram na Europa da Idade Média. Porém, após o declínio da lepra, esse molde de confinamento foi expandido para novos grupos marginalizados, como diz Foucault (1978), ao expressar que o desaparecimento da lepra não extinguiu as estruturas asilares, que, no entanto, permaneceram e reapareceram dois ou três séculos depois, no qual “os pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem” (p.10).

De certo, então, os primeiros passos para a criação do manicômio, como espaço de contenção das subjetividades adoecidas foram tomados, no entanto, sem uma visão

¹ Liga acadêmica ligada a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA).

² Instituição que faz parte da rede de hospitais do Estado do Maranhão, mas tem foco no atendimento de pessoas com transtorno mental. O hospital possui serviço de urgência e emergência, com internações de curta e longa duração, bem como atendimento ambulatorial e ala de cuidados para pacientes privados de liberdade, atendendo as demandas de 217 municípios do estado, de sujeitos de todas as idades.

terapêutica, já que esses indivíduos eram apenas contidos dentro dos muros dessas instituições (FOUCAULT, 1978).

O manicômio judiciário³, da mesma forma, surgiu para corresponder às exigências de confinamento do louco infrator, em prol da segurança e bem-estar social (CARRARA, 2010). Nesse contexto, as medidas de segurança entram em cena como sendo, segundo o Conselho Federal de Psicologia (2016), ações aplicadas a indivíduos com transtorno mental e que estão em conflito com a lei, direcionados aos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs), como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HC-TPs) ou as Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) em presídios, com o objetivo de que os indivíduos passem por tratamento psiquiátrico e possam retomar o convívio social após serem considerados “sem periculosidade”.

Nesse sentido, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), esse mecanismo respalda o confinamento e a permanência desses indivíduos nesse estado, e, portanto, configura-se como um desafio a Reforma Psiquiátrica, que tem em vista uma proposta de cunho comunitário, democrático e territorial, que reduziu o número de leitos em hospitais psiquiátricos e propôs uma nova terapêutica para a pessoa com transtorno mental, que inclui uma rede de apoio constituída da família, comunidade e demais serviços (ALVES; PEREIRA; SANTANA, 2017; AMARANTE; NUNES, 2018; BRASIL, 2005; COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

É a partir da contradição entre a Lei da Reforma Psiquiátrica e o manicômio judiciário, que surge o questionamento: como se dá o tratamento no manicômio judiciário após a Reforma Psiquiátrica? Houve avanços e limitações? Diante do exposto, o presente trabalho discutirá acerca da temática, partindo dos escritos clássicos no campo da saúde mental, como: Foucault em a História da Loucura na Idade Clássica (1978), o livro Manicômios, Prisões e Conventos, de Goffman (2010), o livro Da clausura do fora ao fora da clausura, de Pelbart (1989) e algumas publicações de Amarante (1998, 2007). Utilizar-se-á o texto oficial da Lei Federal n.º 10.216 – conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica –, os artigos referentes à medida de segurança e sua aplicação, presentes no Código Penal e Lei de Execução Penal, assim como também os relatórios oficiais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, 2005), sobre a Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil e Seminário

³ Segundo Correia, Lima e Alves (2007), esse termo foi substituído por Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico após a Reforma Penal de 1984, nos artigos 96 e 97 do Código Penal e no artigo 99 da Lei de Execução Penal. Porém, a mudança de terminologia não gerou mudanças substanciais, já que permanecem as características manicomialis (BITENCOURT, 2009). Portanto, a autora do presente trabalho optou por utilizar o referido termo por um posicionamento crítico diante dos serviços prestados na maioria desses estabelecimentos.

para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, além do relatório do Conselho Federal de Psicologia, sobre as inspeções de manicômios (CFP, 2015), assim como o censo de 2011 sobre a população que vive nos manicômios judiciários (DINIZ, 2013).

Nesse sentido, o objetivo principal é analisar a existência de avanços e limitações no tratamento do paciente judiciário após a Reforma Psiquiátrica. Partindo, especificamente, para caracterizar o processo da Reforma Psiquiátrica e a existência de manicômios judiciários atualmente no Brasil; conhecer o modelo de tratamento proposto pela Reforma Psiquiátrica; apresentar o tratamento realizado no manicômio judiciário e desvelar a existência de avanços e limitações do tratamento no manicômio judiciário após a Reforma Psiquiátrica. A pesquisa configura-se como qualitativa e utiliza a tipologia de pesquisa bibliográfica, utilizando-se descritores como: “manicômio judiciário” AND “reforma psiquiátrica” e “hospital de custódia” AND “reforma psiquiátrica”. Os mesmos foram utilizados no levantamento em base de dados, como a Scielo, BVS, Portal de Periódicos da CAPES e Google Acadêmico. Ademais, os estudos deveriam ter sido publicados entre 1999 e 2019, em português.

Busca-se com essa pesquisa contribuir com outras pesquisas e produções científicas sobre a temática, para que a difusão desse conhecimento implique em mudanças nas posturas profissionais, além da possibilidade de ampliação de produções desse tema na área da Psicologia. No campo social, procura-se colaborar com a ampliação do pensar e cuidar em relação ao louco infrator, reafirmando os princípios da Reforma Psiquiátrica, além de demonstrar a necessidade de continuidade na luta por efetivar, no cotidiano, os direitos dessa população.

A primeira seção caracteriza o processo histórico da loucura no mundo e no Brasil, assim como o surgimento dos manicômios comuns e judiciários. Em seguida, apresenta-se a reforma psiquiátrica e seu percurso no Brasil, como um processo que vai de encontro à lógica de confinamento dessas pessoas. A segunda seção tem por objetivo apresentar o modelo de tratamento proposto pela Reforma Psiquiátrica, através da Lei 10.26/01, bem como expor a execução das medidas de segurança e, então, o modelo de tratamento realizado nos manicômios judiciários, considerando os aspectos negativos e positivos, assim como as experiências exitosas pelo Brasil. E por último, a análise e discussão dos dados obtidos acerca da existência de avanços e limitações no tratamento do paciente judiciário após a Reforma Psiquiátrica, seguido das considerações finais.

2 MÉTODO

O presente trabalho de conclusão de curso foi construído a partir de uma revisão bibliográfica que abarca a temática “avanços e limitações no tratamento do paciente judiciário após a reforma psiquiátrica”, fundamentado em uma análise qualitativa dos dados encontrados, com base no método fenomenológico de compreender o fenômeno investigado.

Ao compreender a complexidade do objeto estudado, que perpassa diversos campos do saber e permanece como uma problemática atual, fez-se a escolha do método qualitativo, que segundo Rey (2005), é entendida pela busca e compreensão de fenômenos, que dependem relações interligadas, complexas e dinâmicas, que a fim de ser compreendidas, faz-se necessário o estudo integral, não se fixando em variáveis fragmentadas.

A pesquisa bibliográfica, segundo Lakatos e Marconi (2003), possui oito fases distintas, que se configuram pela escolha do tema, elaboração do plano de trabalho, identificação, localização, compilação, fichamento, análise e interpretação, redação. No primeiro momento, a escolha da temática foi realizada a partir do interesse da autora do presente trabalho diante das experiências na Ala de pacientes privados de liberdade do Hospital Nina Rodrigues, localizado em São Luís, no Maranhão. A segunda etapa foi de elaboração das etapas de organização do trabalho, primeiramente em formato de projeto de pesquisa e, posteriormente, a fim de que fosse concluída em tempo hábil, resultou nesse trabalho.

A terceira etapa pode ser compreendida pela síntese entre a identificação, localização, compilação e fichamento de dados bibliográficos pesquisados. Portanto, foram identificadas obras em bases de dados, como Scielo, BVS, Portal de Periódicos da CAPES e Google Acadêmico, a partir de descritores como “Reforma Psiquiátrica” AND “Manicômio Judiciário”, “Reforma Psiquiátrica” AND “Hospital de Custódia”, “Lei nº 10.216/2001” AND “Medida de Segurança”, além do acervo teórico clássico dentro da temática da saúde mental, como Foucault (1978), Goffman (2010), Amarante (1998; 2007) e Pelbart (1989). Foram buscadas referências publicadas entre os anos de 1999 e 2019.

Por fim, a análise e interpretação dos dados basearam-se pelo método fenomenológico, que segundo Giorgi (2001), é um método descritivo, que “utiliza a redução fenomenológica, procura a essência do fenômeno através do método da variação imaginativa e presume uma relação intencional entre o sujeito e o objeto de sua experiência” (p.134). Ou seja, há uma postura de não partir de teorias prévias sobre os fenômenos, como pré-conceitos ou pré-juízos, mas se exige um posicionamento rigoroso e radical, ao passo que a redução

fenomenológica solicita uma autocrítica e “uma definição precisa do caminho investigativo (empírico) para se chegar aos fenômenos e suas essências” (RANIERI; BARREIRA, 2010, p.2).

Logo foi realizada a leitura dos trabalhos científicos que versam sobre a temática e feita a construção teórica do trabalho. Logo após foi feita a releitura do presente texto, baseada em um o distanciamento necessário para a análise do tratamento do paciente judiciário, a fim de que essa etapa não fosse contaminada com opiniões prévias da autora dessa pesquisa.

3 A LOUCURA NA HISTÓRIA, NAS INSTITUIÇÕES E NOS MOVIMENTOS SOCIAIS

3.1 A loucura na história e a criação dos manicômios

Segundo Silveira e Braga (2005), a loucura já ocupou diversos lugares ao longo da história da humanidade: na Grécia Antiga, foi a característica de seres com acesso a verdades divinas; na Idade Média, uma não-verdade por ser contrária à consciência crítica, sendo o louco entendido como um mal encarnado, que precisa ser excluído do convívio social; no Iluminismo, foi objeto do saber médico e passível de cura; e, no pós-guerra até os dias atuais, – final do século XX e início do século XXI –, é um campo de luta social e de questionamento sobre todos esses lugares antes ocupados pela loucura e que, ainda hoje, perduram, visto a existência de estabelecimentos que ainda seguem a lógica asilar e manicomial, como os manicômios judiciários, bem como dos estigmas sociais sobre a pessoa com transtorno mental.

A noção de doença, física ou mental, segundo Szasz (1960), parte de um distanciamento daquilo que é estipulado por uma norma claramente definida – que, por sua vez, é cultural e socialmente construída. Logo a normalidade – pólo oposto à loucura –, fixou-se, segundo Foucault (1978) e Caponi (2009), como primícia reguladora em grande parte da história, fazendo com que o desvio desse padrão fosse visto como algo a ser solucionado, seja pela segregação e pelo poder empregado sobre esses corpos, por parte do Estado/Monarquia, da Igreja ou, mais recentemente, da psiquiatria.

Tomaremos agora os passos da construção da loucura ao longo dos anos, no qual primeiramente há a relação da Grécia Antiga e a loucura. Para Pelbart (1989), Platão considerava que os alienados poderiam ser divididos em dois grupos, aqueles que eram acometidos da loucura humana e os que vivenciavam a loucura divina. No entanto, Platão se debruçava mais sobre a segunda, tendo em vista a preciosidade dos laços divinos para aquela época, considerando-a uma loucura “boa”, já que os gregos relacionavam o discurso do oráculo com um discurso delirante, como Pelbart (1989) afirma:

Numa etimologia considerada hoje infundada, Platão associa delírio ou loucura (mania) à arte divinatória (*mantikê*). Segundo ele, os antigos (provavelmente refere-se à Grécia arcaica) viam no delirante (*manikê*) um adivinho, enquanto os modernos (seus contemporâneos) teriam introduzido um t no *manikê*, forjando o termo *mantikê* para designar divinatório, diferenciando-o do delirante. Ou seja, na origem, "divinatório" e "delirante" eram nomeados por uma mesma palavra porque eram uma única coisa. Donde a conclusão, mais geral, de que é preferível o delírio que vem de um deus (e que é uma profecia) ao bom-senso de origem humana. "O delírio... é uma coisa mais bela que o bom-senso" (p. 25).

Tal entendimento não era recluso as ideias platônicas e àquele que acreditava nelas, mas demonstra o ideário dos contemporâneos de Platão, da sociedade da Grécia Antiga, que fazia a loucura ascender como coisa preciosa.

Em *A História da Loucura*, Foucault (1978) delinea a Idade Média como o período de ruptura do convívio social com o louco. Este é um período de extrema influência religiosa, no qual a Igreja era aquela que ditava regras, conceitos e atitudes necessárias para todo e qualquer ser vivo. Diante disso, situa a existência das chamadas naus de loucos, em meados do século XV, como embarcações repletas de doentes mentais que vagavam pelos rios, com um constante embarque e desembarque a cada cidade que parava. No entanto, o autor não situa com exatidão o propósito dessa embarcação, mas talvez possuísse o objetivo literal de expurgar o louco das cidades ou, então, existisse um sentido simbólico, no qual a insanidade percorre caminhos incertos em busca da razão, pois o louco, como ser existencial e racionalmente à deriva, precisa ser entregue a sua condição de errante.

Por conseguinte, Foucault (1978) apresenta a epidemia de lepra na Idade Média, que produziu um número considerado de asilos, mais conhecidos como leprosários. Essa lógica excludente dos asilos se estabeleceu e, com o sustento das monarquias, ganhou corpo, no entanto,

a lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso (FOUCAULT, 1978, p.9).

Ou seja, a construção dessas instituições como ambientes de controle e proteção do meio social não se limitou ao asilo de leprosos e o seu fim não resultou em um fim em si mesmo, pois os ritos ali empregados não se apressaram a curá-la, mas sim a permitir que a mazela fosse escondida, ou, pelo menos, distanciada.

Conforme Foucault (1978), no século XVII, período iluminista, a Grande Internação⁴ se situa como um marco decisivo na construção dessa lógica asilar, tendo em vista que “o internamento dos alienados é a estrutura mais visível na experiência clássica da loucura” (p.55). O local de referência é o Hospital Geral, que era destinado aos pobres, seja no aspecto social e/ou físico e psíquico. Sua criação é datada em 1656, em Paris, com a função de “recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que

⁴ Segundo Foucault (1978), a Grande Internação configura-se por um período de criação de diversas casas de internamento, associada às práticas de internação em massa, até mesmo através de cartas régias e medidas de prisão arbitrária. O autor afirma também que nesse período “mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses” (p. 55).

para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária” (p. 56). O autor declara ainda que o Hospital Geral não cumpre com a prerrogativa de cuidado médico, mas atende a demandas jurídicas e políticas, ao passo que julga, condena e executa “sentenças”. Ou seja, o autor estabelece que esse internamento não possuía em primeira medida o interesse em hospitalizar a loucura, mas condenar o louco a uma temporada nessa instituição, sem nenhum cuidado médico além daqueles básicos.

É possível perceber que sua criação é produto de um enlace das forças políticas, econômicas e religiosas, pois muitas dessas casas de internamento eram cedidas por instituições religiosas, ou até mesmo pela realeza ao poder da Igreja, bem como gerenciadas pela burguesia. Segundo Foucault (1978), ela misturava as faces de cada uma dessas forças, como

os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, e a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar, sentido simbolizado sem dúvida por esses leprosários, vazios desde a Renascença, mas repentinamente reativados no século XVII e que foram rearmados com obscuros poderes (p.60).

Então, as casas de internação se espalharam em toda Europa, antes e após a data do surgimento do Hospital Geral em Paris, com características próximas, tendo em vista o persistente caráter religioso e jurídico de seu nascimento, como uma resposta ao sofrimento dessas instituições ao fenômeno da desordem, seja de qual natureza for. Isso porque eram delegados a elas aqueles que eram perturbadores da ordem, vagabundos, loucos, prostitutas, alcoolistas, homossexuais, etc., ou seja, qualquer um que ferisse a prerrogativa de sensatez instituída (FOUCAULT, 1978; FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014). Porém devido ao crescente aumento populacional dessas instituições, foi necessário instituir critérios sensíveis de seleção, no entanto, sempre cumprindo seu papel de instrumento segregador.

Como já dito, segundo Foucault (1978), o asilo não foi destinado, inicialmente, aos cuidados médicos para a cura, e sim, a necessidade de tirar da ociosidade e mendicância, vistas como razões da desordem e crescente número de indivíduos nessa situação, resultado de diversas crises econômicas que acometeram a Europa. Diante do exposto, o Hospital Geral é compreendido como uma solução, mas que requer uma contrapartida de ambas as partes.

[...] é a primeira vez que se substituem as medidas de exclusão puramente negativas por uma medida de detenção; o desempregado não é mais escorraçado ou punido; toma-se conta dele, às custas da nação mas também de sua liberdade individual. Entre ele e a sociedade, estabelece-se um sistema implícito de obrigações: ele tem o direito de ser alimentado, mas deve aceitar a coação física e moral do internamento (FOUCAULT, 1978, p. 74).

Segundo o autor, logo que a crise cessava, o internamento sofria alterações, passando para uma fase laboral, no qual os internos transformavam-se em mão de obra barata, possibilitando que o asilo cumprisse o “belo” papel de agradar aos desejos das classes dominantes, pois quando em face da crise, interna-se, e quando a bonança se estabelecia, transformava-os em mão de obra. Porém, Foucault pontua que o uso do trabalho não era, exclusivamente, um ato econômico, mas principalmente moral, tendo em vista que os que viviam em mendicância e pobreza eram enxergados como libertinos, demandando do Hospital Geral um estatuto ético, corrigindo a falha moral e castigando-os sem necessariamente levá-los aos tribunais, já que transgrediam as fronteiras da ordem burguesa (FOUCAULT, 1978).

Ademais, Alves et al (2009) expõe que no século XVIII surgiu a suposta figura do libertador, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, que propõe uma mudança no tratamento dos loucos encontrados no Hospital Geral, passando a enxergá-los como doentes desprovidos de cuidados médicos. E concomitantemente, foram as mudanças significativas no nível social, político e econômico do período moderno que fomentaram o surgimento dessa instituição e do estabelecimento do saber médico (AMARANTE, 1998).

Portanto, é nessa passagem de período, da Idade Média para o Iluminismo, que a loucura passa interessar a medicina, sendo, porém, uma mudança que não implica necessariamente em uma conversão na postura diante do louco, visto que segundo Foucault (1978), a hospitalização – com um novo paradigma de cuidado –, não se desprende das estruturas asilares que sustentavam o aprisionamento anteriormente. Funda-se a psiquiatria, segundo Amarante (1998), como saber médico-científico responsável por responder aos questionamentos provocados pela loucura e que ao responder, caracteriza a loucura como sinônimo de risco e periculosidade social, estabelecendo a institucionalização do louco pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional, sendo este último o único espaço de cura possível, além de estabelecer uma relação tutelar, tornando-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais e cartografa territórios de segregação, morte e ausência de verdade.

Essa realidade, segundo Alves et al (2009), perdura ao longo da Renascença e Modernidade, mas passa por grandes transformações ao se deparar com as propostas de Reforma Psiquiátrica ao redor do mundo⁵, que surgem como consequência dos questionamentos feitos após as Guerras Mundiais e suas mazelas, período que promoveu a reflexão acerca do homem, questionando se este era realmente um ser racional.

⁵ Segundo Amarante (1995, 2007), as propostas mais conhecidas e de maior impacto ocorreram em países como Inglaterra, França, Estados Unidos da América e Itália.

Mediante o questionamento da racionalidade humana, Amarante (2007) afirma que foram sendo criadas “condições de possibilidade histórica para outro período de transformações psiquiátricas” (p.40). Logo a sociedade passa a observar o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, e percebe assim, as suas semelhanças com os campos de concentração, nos quais havia uma “absoluta ausência de dignidade humana” (p.40).

Corroborando com Alves et al (2009), o autor acima afirma que diante dessa conjuntura, as primeiras vivências de reforma aconteceram em diversos países e regiões, a ponto de serem consideradas influências para as práticas contemporâneas. As primeiras delas foram a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, no qual se concebia que a própria instituição hospitalar necessitava de reformas, não só físicas, mas terapêuticas. A Comunidade Terapêutica possuía uma nova organização social e defendia uma horizontalidade das relações, que pudessem ser mais democráticas e incluíssem todos os atores sociais ali empregados. Quanto à psicoterapia institucional, a proposta engloba uma participação ativa dos internos em seu próprio tratamento, bem como de todos os envolvidos, como técnicos, familiares e pacientes, a fim de que situações de violência e descuido fossem evitadas.

O segundo grupo de reformas é caracterizado pela Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva. No caso da primeira, as limitações oriundas da psicoterapia Institucional, demonstraram a necessidade de um serviço que extrapolasse os muros do hospital, abrindo então espaço para criação dos Centros de Saúde Mental, que se estabeleciam em diversas regiões francesas, com o objetivo de dar continuidade ao tratamento em casos de alta hospitalar, evitando a reinternação, bem como o surgimento de novos casos. Segundo Amarante (2007, p. 45), “pela primeira vez na história da assistência psiquiátrica se falou em regionalização”. O segundo caso, da Psiquiatria Preventiva, que também era conhecido como Saúde Mental Comunitária, pode ser considerado outro importante marco, tendo em vista os diversos conceitos e práticas que ele propõe, principalmente, por objetivar “reduzir as doenças mentais nas comunidades e, bem mais que isso, promover o estado de saúde mental das mesmas” (p. 48). Por ter surgido em um período de grandes problemas sociais nos EUA, era emergente a busca por sanar os males, associados diretamente às doenças mentais, pois no entendimento da época

todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente. Na medida em que as doenças mentais eram entendidas como sinônimo de desordens, julgava-se poder prevenir e erradicar os males da sociedade. A ‘busca de suspeitos’ [...] foi uma estratégia muito importante no sentido de detectar pessoas que poderiam desenvolver uma patologia mental para tratá-las precocemente (Amarante, 2007, p. 48).

Segundo o autor acima, a proposta gerou certo caos, à medida que surgiu uma caçada aos suspeitos, isto é, pessoas que poderiam vir a desenvolver uma psicopatologia. Porém pensando no contexto social da época – efervescência da juventude em virtude dos movimentos *Hippie*, *Black Power*, além do grande envolvimento com drogas e oposição a Guerra do Vietnã –, o projeto cumpre um papel social de repressão as posturas desviantes da época. Todavia, é dessa controversa ideia que surgiram conceitos importantes para a reforma psiquiátrica no Brasil, como, por exemplo, o conceito de crise, que deu base para construção da postura comunitária, na qual a equipe é responsável pela manutenção e prevenção das crises individuais, familiares e sociais. E também o conceito de desinstitucionalização, que preconizava a redução de pacientes internados em hospitais psiquiátricos, assim como um tempo de permanência menor ou a promoção de altas hospitalares.

Quanto ao último grupo que propõe mudanças na lógica psiquiátrica, é preferível que não sejam situados como reformas, tendo em vista sua proposta de rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional (AMARANTE, 2007). A primeira delas, a Antipsiquiatria, surgiu das experiências de Ronald Laing e David Cooper com a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, mas que sem sucesso, passaram a compreender o discurso dos loucos como relato de pessoas oprimidas e violentadas, não apenas nas instituições médicas, mas nas famílias e sociedade, pois “a experiência dita patológica ocorre não no indivíduo enquanto corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade” (p.52).

Portanto, segundo o autor, nessa proposta não existiria a doença mental, tal como a psiquiatria concebe, mas esta seria antes uma experiência do sujeito com o ambiente social, o que culminou, necessariamente, na inexistência de um tratamento clássico, todavia a pessoa deveria apenas vivenciar sua experiência, visto que seria terapêutica por si só. É a partir desse entendimento, que eles elaboram a hipótese de que o discurso dos loucos denunciava as tramas, os conflitos e contradições existentes nessas instituições sociais que os circundavam.

Por fim, a experiência italiana da Psiquiatria Democrática, de Franco Basaglia, seu maior expoente, surgiu do desejo de reformar o hospital psiquiátrico existente e recebeu influências diretas das propostas de Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional. Mas com o passar dos anos, Basaglia passou a sentir que a instituição psiquiátrica, os seus processos de mortificação e des-historicização não poderiam ser combatidos através de medidas administrativas e de humanização. Então, através das influências teóricas de Foucault e Goffman, Basaglia

passou a formular um pensamento e uma prática institucionais absolutamente originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como uma estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana (AMARANTE, 2007, p.56)

Essa última proposta será fundamental para elaboração dos ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira, visto que segundo a visão basagliana, “liberdade não é resultado e sim base da prática terapêutica” (YASUI, 2015, p.18). Segundo o autor, o tratamento das pessoas com transtorno mental não pode estar alicerçado apenas nas disfunções neuroquímicas, nem em posturas que limitem o ir e vir, fragilizando ainda mais a relação de poder que o indivíduo tem sobre si e sobre as coisas do mundo, ainda mais ao estar em um regime de controle e vigilância cotidiano. Portanto, antes de se apresentar o percurso brasileiro de reflexão ante o manicômio, falar-se-á dessa instituição – o manicômio –, que é geradora de sofrimento e profundas reflexões ao longo dos anos.

3.2 A existência dos manicômios judiciários no Brasil

No Brasil, o manicômio surgiu de forma tardia em comparação aos eventos europeus. Seu estabelecimento ocorreu devido à chegada da família real as terras coloniais, marco que promoveu diversos avanços urbanos, sanitários, tecnológicos, sociais e econômicos. Ramminger (2002) traça essa história com uma série de acontecimentos paralelos, como o estabelecimento dos médicos como categoria profissional; a consolidação de legislação sanitária no Rio de Janeiro, como capital federal; criação de faculdades de medicina no Rio de Janeiro e Bahia, bem como as exigências dos sanitaristas em buscar novas condições para os doentes mentais, a partir da criação de manicômios. Diante das diversas pressões exercidas sobre o Império, Dom Pedro II, em seu primeiro ato de maioridade, assina o decreto que funda o primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, o Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro, no ano de 1852.

A partir da construção dos asilos para doentes mentais, abre-se caminho para a criação dos manicômios judiciários como espaços para o confinamento dos chamados loucos infratores, que são aqueles que cometeram algum delito e possuem o diagnóstico de transtorno mental, mas pelo fato de serem considerados inimputáveis, são postos em medidas de segurança, o que implicam numa espécie de tratamento compulsório, cujo principal efeito é a segregação perpétua ou por longo período (BRASIL, 2005; CARRARA, 2010; DINIZ, 2013).

A construção dessa instituição, segundo Carrara (2010), chegou ao Brasil no fim do século 19, com a criação do Código Penal (CP) de 1890 e já no início do século 20, é elaborada a lei especial que organizava a assistência médica legal aos alienados e para isso se orienta a construção de manicômios judiciários em todos os estados do Brasil e na impossibilidade disso, era determinada a criação de anexos especiais dentro dos asilos. Então, no ano de 1921 foi inaugurado o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, que é a primeira instituição do gênero no país. Segundo Diniz (2013), houve três picos de criação de ECTPs no Brasil, sendo o primeiro entre 1921 a 1933, o segundo nos anos 80 e por último depois de 2001. Em números, até o ano de 2011, 38% (10) dos ECTPs eram da Região Sudeste, 31% (8) da Região Nordeste, Região Sul e Norte com 12% (3) cada e 8% (2) na Região Centro-Oeste. Ademais, Diniz (2013) pontua que:

Os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo continham 3 ECTPs cada um. Os estados de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Sergipe e Santa Catarina, além do Distrito Federal, tinham um único ECTP. Os estados de Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não possuíam ECTP em 2011 (p. 20).

O manicômio judiciário é, de modo geral, o destino onde se encontra a loucura e o crime e, portanto, “são instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas - o asilo de alienados e a prisão - e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que ‘perseguem’ a todos: o criminoso e o louco” (CARRARA, 2010, p. 17). Além disso, “para a prisão enviamos culpados; o hospital ou hospício recebe inocentes” (p. 18), expressando a realidade da contradição de ter sob o mesmo indivíduo dois determinantes sociais, de um lado, é alguém inocente, tendo em vista seu transtorno e impossibilidade de delimitar o certo e errado, por outro, é também alguém culpado, já que lhe é cobrado a permanência em um ambiente de reclusão.

Portanto, falar sobre isso é tão importante, posto que a continuação da existência dessa instituição configura-se um grande desafio frente à Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, porquanto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), esses espaços não são geridos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas em sua maioria pelos órgãos da justiça, com algumas exceções. Com relação a isso, Pacheco (2011) reitera que

os manicômios judiciários são instituições que ficaram às margens do processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, com uma população negligenciada tanto pelas políticas penitenciárias como pelas políticas de saúde, tornando-se locais permissivos às ilegalidades e violações de direitos, que desafiam qualquer tentativa de atualização à luz dos princípios de desinstitucionalização e direitos humanos (p.11).

Além das contradições quanto à gestão dessas instituições, há uma indicação de deficiência no tratamento dos pacientes, que segundo Santana, Pereira e Alves (2017), têm como postura a busca da cessação de periculosidade e a cura da psicopatologia, que prioriza a proibição e abstenção de substâncias psicoativas e não integraliza as atividades de cada profissional, trabalhando assim, de forma compartimentada. Além disso, a inspeção de manicômios judiciários realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), apontou a realidade atual dessas instituições, indicando a superlotação, déficit de profissionais em relação ao contingente de pacientes, instalações físicas precárias e situações de violência (CFP, 2015).

Em face da realidade dessas instituições, tomaremos o conceito de instituição total apresentado por Goffman (2010), que é fundamental para compreendermos o funcionamento dos manicômios judiciários. O autor afirma que vivenciamos muitas partes do dia-a-dia dentro de instituições, como edifícios, fábricas, lojas ou a própria moradia. Além disso, algumas delas possibilitam a obtenção de status social – a despeito do quão agradável ou não elas possam ser –, bem como, algumas outras, servem para divertimento e distrações. Porém, dentre todas, algumas possuem características peculiares, que reverberam nos indivíduos que delas fazem uso, refere-se às Instituições Totais, que segundo Goffman (2010), podem ser descritas pela

ruptura das barreiras que comumente separaram as três esferas da vida. 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 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. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição (p.18).

Outra característica substancial nessas instituições é a divisão clara entre um grande grupo de indivíduos controlados e uma pequena equipe de supervisão, como apontado por Goffman (2010). O primeiro grupo vive nessas instituições e tem contato escasso com o mundo externo, enquanto o segundo passa poucas horas do dia naquele lugar e possui grande contato com o mundo exterior. Ambos se concebem a partir de estereótipos, como, por exemplo, “amargos, reservados e não merecedores de confiança; os internados muitas vezes veem os dirigentes como condescendentes, arbitrários e mesquinhos” (p.19). Logo, o que se vê é a construção de dois mundos sociais se desenvolvendo mutuamente, mas que fazem

pouca troca, e quando fazem, é de maneira hostil. Essa distância é consideravelmente importante, visto que há necessidade de controle sobre os internados, que por sua vez, identificam aquela instituição como propriedade da equipe dirigente.

Ademais, o indivíduo que adentra as instituições totais como internado, passa por um processo de mortificação do eu, que inicialmente se dá por uma série de humilhações, degradações e profanações. Desta forma, Goffman (2010) assinala que

A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu. Na vida civil, a sequência de horários dos papéis do indivíduo, tanto no ciclo vital quanto nas repetidas rotinas diárias, assegura que um papel que desempenhe não impeça sua realização e suas ligações em outro. Nas instituições totais, ao contrário, a participação automaticamente perturba a sequência de papéis, pois a separação entre o internado e o mundo mais amplo dura o tempo todo e pode continuar por vários anos (p.24).

As barreiras são estabelecidas e o indivíduo – que era pai, esposo, filho, amigo e vizinho –, passa a ser mais um entre os internos de um estabelecimento e que deve se submeter à organização daquele lugar, se não quiser sofrer maiores consequências. Porém diante da instalação de um processo de mortificação do eu, o restabelecimento dos papéis sociais antes vivenciados configura grande desafio.

Embora alguns dos papéis possam ser restabelecidos pelo internado, se e quando ele voltar para o mundo, é claro que outras perdas são irrecuperáveis e podem ser dolorosamente sentidas como tais. Pode não ser possível recuperar, em fase posterior do ciclo vital, o tempo não empregado no processo educacional ou profissional, no namoro, na criação dos filhos (GOFFMAN, 2010, p.25).

É necessário considerar que esse indivíduo passará por grandes dificuldades de restabelecimento de si, no cotidiano e nas relações. Diante disso, a reforma psiquiátrica assina importantes determinações a respeito da inclusão da pessoa com transtorno mental na família e sociedade, como através do programa de Volta pra Casa⁶, que busca viabilizar o reatar dos laços sociais fragilizados, ou extintos, durante o período de internação.

Ademais as noções do manicômio judiciário como instituição total, é fundamental apontar que, segundo os números do Censo de 2011⁷, o Brasil possui uma população de 3.989 indivíduos, entre homens (92% equivalente a 3.684) e mulheres (7% equivalente a 291), “entre os quais 2.839 estavam em medida de segurança, 117 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 1.033 estavam em situação de internação temporária” (DINIZ, 2013,

⁶ Criado pela Lei federal nº 10.708, encaminhada pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva ao Congresso, votada e sancionada em 2003, o Programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992 (BRASIL, 2005, s/p).

⁷ Censo foi uma realização da parceria entre Departamento penitenciário Nacional (DEPEN), órgão ligado ao Ministério da Justiça, com a ANIS - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. O mesmo é um retrato da população dos ECTPs no ano de 2011 (DINIZ, 2013).

p.35). Compreende-se uma faixa etária que vai de menos de 20 anos até mais de 70 anos, sem contar os 103 indivíduos que não possuíam informações quanto a sua idade.

É, portanto, fundamental apresentar as características da população que vive nos manicômios judiciários, que por sua vez, não difere da realidade carcerária brasileira, salvo algumas exceções, visto que, segundo Diniz (2013, p. 16), “essa é uma população majoritariamente masculina, negra, de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho, que em geral cometeu infração penal contra uma pessoa de sua rede familiar ou doméstica”. Portanto, segundo a autora, esses indivíduos vivenciam uma série de precariedade, motivadas pela loucura ou pobreza, bem como pela falta de acesso às políticas públicas básicas.

A partir do censo (DINIZ, 2013) foi possível encontrar grupos dentro dessa população que expressam o despreparo e o abandono vivido por esses indivíduos, como, por exemplo, os 18 pacientes que estavam internados há mais de 30 anos; os 606 indivíduos que estavam internados a mais tempo do que a pena máxima em abstrato para o crime cometido; os 55 indivíduos com a medida de segurança extinta, mas que se mantém em regime asilar; os 741 sujeitos que

[...] não deveriam estar em restrição de liberdade, seja porque o laudo atesta a cessação de periculosidade, seja porque a sentença judicial determina a desinternação, porque estão internados sem processo judicial ou porque a medida de segurança está extinta, [...] as 1.194 pessoas em situação temporária ou em medida de segurança que não sabemos se deveriam estar internadas (p. 16).

Diante da realidade de descaso, opressão e violação de direitos vivenciada por milhares de brasileiros internados nessas instituições asilares, alguns movimentos surgiram a fim de questionar a lógica manicomial e assim propor um novo panorama no cuidado em saúde mental.

3.3 Percursos da reforma psiquiátrica no Brasil

Em sua medida, cada uma das reformas psiquiátrica propostas na realidade internacional contribuiu para a construção da reforma psiquiátrica brasileira, que deu seus primeiros sinais de aparecimento em meio a uma situação de profunda precariedade, isto porque, a rede trabalhava com procedimentos terapêuticos precários, com crescente uso de psicofármacos e o isolamento dos loucos em manicômios (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Como resposta ao *modus operandi* de cuidado mental estabelecido no Brasil, que possuía esse caráter hospitalocêntrico, medicalizante e medicamentoso, a Reforma Psiquiátrica, segundo Lima (2018), dá seu primeiro passo com a publicação do Decreto nº

49.974, de 21 de janeiro de 1961, que promoveu a substituição do termo doença mental pela saúde mental, abrindo espaço para novos saberes e práticas nessa área. Porém a principal transformação está na mudança de entendimento da “internação do alienado, do psicopata, como elemento indispensável para a ordem social, para, desse momento em diante, a desinternação progressiva desses indivíduos” (p.17). Mais a frente, ganhou força a partir do “movimento sanitário”, que questionava os modelos de atenção e gerenciamento da saúde, defendia a saúde coletiva, além da equidade na oferta de serviços, colocando em lugar de destaque os trabalhadores e usuários da saúde brasileira (BRASIL, 2005). De igual modo, o contexto de mudanças políticas e sociais no Brasil, por exemplo, a luta pela democracia e a promulgação da Constituição de 1988, com a criação do SUS, deram força ao movimento.

Diante disso, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é entendida como um processo político e social, que proporcionou transformações práticas, teóricas, culturais e sociais, principalmente no cotidiano das instituições, dos serviços de saúde e nas relações interpessoais ali criadas, a partir da mudança do olhar sob a loucura, objetivando uma melhoria na qualidade de vida e conquista de cidadania das pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2005; FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) fazem parte desse processo diversos atores sociais, desde as instituições em todas as esferas governamentais, as universidades, os serviços de saúde privada, conselhos profissionais e associações de pessoas com transtorno mental e seus familiares.

O Ministério da Saúde, através do Relatório “15 anos após Caracas”, afirmou que o ano de 1978 é identificado como o início, de fato, do movimento social da Reforma. Para isso, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental⁸ (MTSM) encabeça as discussões e se posiciona denunciando a “violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2005, s.p). Amarante (1998) corrobora com essa afirmação, ao dizer que o objetivo do MTSM:

é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (p.33).

⁸ O MTSM é considerado um ator político e social fundamental para as primeiras discussões acerca do cuidado em saúde mental, tendo em vista que é a partir dele que diversas propostas assistenciais surgem e é consolidado o pensamento crítico em relação ao saber psiquiátrico (AMARANTE, 1998; ALMEIDA, 2018).

Além do MTSM, segundo Amarante (1998), alguns outros atores tiveram grande relevância, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a indústria farmacêutica e as universidades, que ora legitimavam o movimento, ora instigavam a criação de políticas de saúde mental. No âmbito estatal, os órgãos do setor saúde – Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) contribuíram também, com os encaminhamentos realizados.

Segundo o autor, foi com o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em 1978 em Santa Catarina, que as demandas geradas pelos movimentos conseguiram ganhar substância e organizar-se nacionalmente, tornando o evento conhecido como o Congresso de Abertura, tendo em vista que, pela primeira vez, foi possível comungar os movimentos sociais aos setores conservadores, “estabelecendo uma 'frente ampla' a favor das mudanças, dando ao congresso um caráter de discussão e organização político-ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional” (AMARANTE, 1998, p.34). Mais adiante, foi realizado o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que possibilitou a vinda de pensadores, como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman, que construíram as principais correntes de pensamento crítico em saúde mental, como a Rede de Alternativas à Psiquiatria, o movimento Psiquiatria Democrática Italiana, a Antipsiquiatria. Em sequência, ocorreu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria – com a presença de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel –, onde foi proposta a realização de trabalhos alternativos na assistência psiquiátrica.

Diante do crescimento do movimento e o aparecimento de eventos de grande porte⁹, diversos avanços começaram a aparecer no cenário brasileiro, como, por exemplo, o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo no ano de 1987, bem como a intervenção¹⁰ na Casa de Saúde Anchieta, que ganhou destaque nacional e gerou a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com o funcionamento de 24 horas, junto com a criação de cooperativas, residências para egressos dos hospitais e associações (BRASIL, 2005). Essas estratégias de cuidado demonstraram que havia possibilidade de se atender pessoas com transtorno mental em ambientes que não enclausuravam e segregavam. A Luta Antimanicomial comunga com essa lógica, tendo em

⁹ I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, em 1978, no Rio de Janeiro; I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1979, em São Paulo; III Congresso Mineiro de Psiquiatria, patrocinado pela Associação Mineira de Psiquiatria, em 1979, em Belo Horizonte; II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1980, em Salvador; entre outros.

¹⁰ Essa intervenção revelou diversos maus-tratos e mortes de pacientes, revelando a nível nacional a necessidade de “construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico” (BRASIL, 2005, s/n).

vista que seu lema reafirma a posição política e social contrária a existência de manicômios¹¹, que segundo o Ministério Público Federal (2011), expressava a ruptura a nível epistemológico e estratégico, ainda mais por não se resumir a uma oposição de serviços extra-hospitalares versus hospitalares, mas a busca por superar o modelo psiquiátrico tradicional, que tinha como fundamento a lógica manicomial e o saber médico absoluto.

Diante disso, a reforma psiquiátrica não procura somente o fim dos manicômios, mas a mudança da sociedade e das lógicas excludentes que a dominavam. Segundo Amarante e Oliveira (2004 apud MPF, 2011), os movimentos sociais provocaram e corroboraram com as discussões em voga na época, visto que o Brasil passava por um período de transição política – da ditadura para a democracia. No centro dos eventos temos as “Diretas Já”, que com grande apoio da sociedade, possibilitou que, em 1985, o primeiro presidente civil fosse eleito. Amarante e Oliveira (2004 apud MPF, 2011), nesse sentido, afirmam que

com a [re]abertura democrática, as propostas renovadoras das reformas sanitária e psiquiátrica eram paulatinamente integradas ao aparelho de Estado sem maiores conflitos, mas a própria conjuntura política, outra vez, encarregou-se de imprimir mais uma reviravolta importante para o setor da saúde (p. 21).

Logo, considerando a abertura política e um campo democrático fértil convocou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que provocou rompimento com os padrões que tornavam o evento exclusivo para profissionais da área, ao passo que privilegiou a participação popular, com representantes de vários setores da sociedade (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004 apud MPF, 2011). Nasce, portanto, uma nova perspectiva de saúde no Brasil, que como produto da 8ª Conferência e da conjuntura política, concebe-a como um dever do Estado e direito de todo e qualquer cidadão, que deve seguir os princípios de

[...] universalização do acesso à saúde, integralidade, equidade, descentralização e democratização, que implicaram numa nova visão do Estado no Brasil - como promotor de políticas de bem-estar social – e uma nova visão de saúde no país: como sinônimo de qualidade de vida (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 14 apud MPF, 2011, p.22).

Todos esses princípios são incluídos nos artigos 196 a 201 da nova Constituição Federal, que foi promulgada em 1988, mas só regulamentado em 1990, por intermédio das Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, referentes ao SUS (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004

¹¹ O lema “Por uma sociedade sem manicômios” é o produto marcante das discussões feitas na I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, que foi marcada pela ruptura do MTSM com o aparelho do Estado. Além disso, configurou-se um eixo de discussão importante nos congressos seguintes, tendo como prerrogativa a ideia: “Por uma sociedade sem manicômios – significa um rumo para o movimento discutir a questão da loucura para além do limite assistencial. Concretiza a criação de uma utopia que pode demarcar um campo para a crítica das propostas assistenciais em voga. Coloca-nos diante das questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura” (AMARANTE, 1998, p.51).

apud MPF, 2011). Considera-se, portanto, que a construção de uma saúde digna e democrática preparou o terreno para novas propostas assistenciais no campo da saúde mental, pois

[...] o SUS e as significativas transformações estruturais conformaram um novo quadro na atenção à saúde e propiciaram a efetivação de uma nova política de saúde mental que reforça a atenção de base territorial, em substituição à atenção hospitalar tradicional (SOUZA; RIVERA, 2010, p. 123-124).

Diante desses acontecimentos, em 1989, foi dada a entrada no Projeto de Lei, que propunha a extinção dos manicômios e a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental, apresentada pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG). Logo a partir desse marco, diversos estados e municípios do Brasil começaram a aprovar leis que priorizavam a rede integrada da atenção em saúde mental em detrimento dos leitos psiquiátricos. Mas só após a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, o governo federal passou a regulamentar¹² a implantação dos serviços substitutivos, como CAPS, NAPS e Hospital-dia, além das normas para fiscalizar e classificar os hospitais psiquiátricos.

Porém, somente em 2001, a Lei Federal nº 10.216/01, mais conhecida como Lei Paulo Delgado, é sancionada no Brasil e “redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios” (BRASIL, 2005, s.p). Assim a Reforma ganhou força e respaldo para as principais mudanças.

Segundo Costa et al (2016), a política empregada no cuidado das pessoas com transtorno mental agora tinha como sustentação um modelo psicossocial, que não norteava suas ações apenas na doença, mas sim, no indivíduo e suas potencialidades. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) corrobora expondo que os serviços abertos e substitutivos, junto à progressiva redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, possuíam um caráter comunitário e territorial, passando a incluir cada vez mais a família e a comunidade que faz parte do contexto desse paciente, bem como constituídos por diversos profissionais, além do médico, como psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos em enfermagem, educadores físicos, fisioterapeutas, entre outros.

A Reforma não se resume a uma mudança institucional, mas, como Bezerra Jr. (2007) afirma, se trata de uma nova produção cultural e social da loucura, ou seja, o objetivo é

promover uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental, substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode apresentar,

¹² PORTARIA SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que regulamenta os novos serviços de atenção diária, mas não institui uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS (BRASIL, 2005).

olhar fundado numa atitude de respeito, tolerância e responsabilidade com aqueles que se encontram com sua normatividade psíquica restringida (p.247).

Todavia, mediante as decisões tomadas no governo Temer (2016-2018) e continuadas no governo Bolsonaro (2019-), o Sistema Único de Saúde vem atualmente sofrendo desmontes, gerados, principalmente, pela Emenda Constitucional 95¹³. A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas tem sofrido também alterações nas suas estratégias, tendo em vista, a nota técnica nº 11/2019 da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que altera posturas e atuações importantes na RP, ao propor “reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico; ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenação das estratégias de redução de danos” (DELGADO, 2019, p. 3). Além disso, Amarante e Nunes (2018) afirmam que o atual estado de exceção permite que a RP e o SUS passem por mudanças e retrocessos substanciais.

Diante do exposto, faz-se necessário para a construção teórica da pesquisa, a apresentação da lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe aspectos importantes acerca do tratamento em saúde mental, bem como analisar as medidas de segurança como instrumento legal para o tratamento do louco-infrator. Esses pontos serão apresentados e comentados na seção seguinte.

¹³ Emenda Constitucional que institui o teto de gastos do Governo Federal por um período de 20 anos, a partir do ano de 2017 (BRASIL, 2016).

4 O TRATAMENTO REFORMADO

4.1 A lei que orienta o tratamento

Esta seção transcorre sobre o novo tratamento para pessoas com transtorno mental proposto pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, que se determina pela valorização de aspectos até então negligenciados, como a singularidade, o acesso aos direitos, a autonomia e a ética. Tendo em vista essa nova proposta, um passo importante em direção a esse pensamento, é o projeto de lei (PL 3.657/89) apresentado pelo deputado Paulo Delgado, que se tornou basilar para as novas diretrizes, considerando seu caráter legal e normatizador, apesar de apresentar também furos legais, que dão margem a permanência de dispositivos retrógrados, sendo estes apresentados mais a frente.

Segundo Britto (2004) e Nascimento (2009), o objetivo principal do projeto de lei era a progressiva extinção dos manicômios, bem como da lógica manicomial. Apesar dos constantes embates políticos da oposição, que trabalhavam em prol dos interesses hegemônicos¹⁴ até então, o texto da Lei nº 10.216 foi aprovado no dia 6 de abril de 2001, somando doze anos de tramitação da proposta, o que evidencia a dificuldade diante dessa luta. A esse respeito, Delgado (2011) afirma que as negociações legislativas foram intensas e as propostas substitutivas ao projeto possuíam duas características primordiais: a tendência à permanência do modelo hospitalocêntrico acrescidos de serviços comunitários – mas estes sem protagonismos; e a outra, apontava para a judicialização do cuidado, concebendo o procedimento terapêutico, não só a internação compulsória, dentro da natureza do processo legal.

Diante desse fato, o texto final da lei apresenta características mais amenas com relação às propostas pensadas inicialmente, como por exemplo, a permanência da instituição hospitalar como dispositivo terapêutico possível, a despeito do anseio por uma sociedade sem manicômios – lema do Movimento Antimanicomial. Apesar dessa aparente inércia do processo do PL, diversas leis pelo Brasil a nível estadual¹⁵ foram promulgadas durante os anos de tramitação da lei federal, que, por sua vez, direcionavam a progressiva substituição do hospital psiquiátrico por uma rede de atenção à pessoa com transtorno mental, objetivando,

¹⁴ Segundo Correia, Lima e Alves (2007), o modelo hegemônico baseava-se em um caráter excludente e discriminatório.

¹⁵ Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993, do Estado do Ceará; Lei nº 975, de 02 de dezembro de 1995, do Distrito Federal; Lei nº 5.267, de 07 de agosto de 1992, do Estado do Espírito Santo; Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, do Estado de Minas Gerais; Lei nº 11.189, de 09 de novembro 1995, do Estado do Paraná; Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994, do Estado de Pernambuco; Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992, do Estado do Rio Grande do Sul (BRITTO, 2004).

por fim, a sua extinção, além de discorrer sobre as internações, especialmente a compulsória (ou involuntária) e assegurar regras de proteção a esses indivíduos (BRITTO, 2004; ZANARDO; LEITE; CADONÁ, 2017). Todos esses pontos se respaldam nas propostas e críticas que o movimento da reforma fazia.

Diante do preâmbulo, a lei permeia-se por dois eixos, a da proteção social da pessoa com transtorno mental e o redirecionamento do modelo assistencial prestado aos mesmos (BRITTO, 2004; NASCIMENTO, 2009). Além disso, ela representa um avanço notável para o processo da reforma psiquiátrica “e para a transformação do modelo de assistência em saúde mental na medida em que, confrontada com a agenda política desse movimento, torna explícitos alguns direitos concernentes ao portador¹⁶ de transtorno mental, além de diferenciar e regulamentar a realização de internações psiquiátricas” (NASCIMENTO, 2009, p. 73). Seus treze artigos descrevem as seguintes ideias, que serão devidamente comentadas:

Art. 1º e 2º asseguram a proteção e os direitos das pessoas acometidas de transtorno mental, além de esclarecer a necessidade de que os direitos sejam conhecidos pela pessoa e seus familiares/responsáveis.

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

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo (BRASIL, 2001).

Segundo Silva, Reintges e Acirole (2012), os primeiros artigos relacionam-se com o princípio da universalidade, proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Lei 8.080/90, no qual todo cidadão deve ter acesso garantido aos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, sem sofrer discriminação de qualquer ordem. Da mesma forma, o parágrafo único do artigo segundo da lei, expõe

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

¹⁶ Britto (2004) afirma que além dos avanços já expostos, o texto apresenta uma nova nomenclatura para a pessoa que necessita de cuidado em saúde mental, sendo substituído o termo psicopata presente no Decreto nº 24.559 de 1934 – que dispõe sobre a profilaxia mental, assistência e proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos – pela expressão “portador de transtorno mental”.

VI - **ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;**

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em **ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;**

IX - ser tratada, **preferencialmente**, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001) [grifo nosso].

Tal parágrafo apresenta trechos com direitos básicos referentes ao tratamento, que podem até ser considerados redundantes, porém tendo em vista o histórico referente ao tratamento psiquiátrico, fica nítida a preocupação de deixar patente a contraposição da lei com possíveis violências submetidas àqueles pacientes (AMARANTE; YASUI, 2003 *apud* SILVA; REINTGES; ACIOLE, 2012). No entanto, o parágrafo também apresenta uma falta de clareza nos termos grifados, principalmente por não apresentar os parâmetros para responder o questionamento, como: Que livre acesso a meios de comunicação são esse? E como serão disponibilizados? De quais os meios menos invasivos se fala? O uso do termo “preferencialmente” abre margem para a não obrigatoriedade do modelo antimanicomial?

Adiante, o artigo 3º dispõe sobre as devidas responsabilidades do governo em relação ao tratamento, tendo em vista a promoção de políticas de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. (BRASIL, 2001).

Segundo Silva, Reintges e Aciole (2012), o artigo demonstra indícios do autoritarismo, que é característico do modelo manicomial, no qual os principais indivíduos incursos no tratamento – as pessoas com transtorno mental – não eram vistas como agentes necessários para o processo de construção desse cuidado. Em consonância a esse pensamento, Nascimento (2009) afirma que a imprecisão desse artigo quanto à participação e o foco no atendimento prestado não podem “delimitar de antemão, propriamente, que forma de parceria se pretende estabelecer entre Estado, sociedade e familiares dos sujeitos portadores de transtorno mental”. (p. 71). Além disso, essa análise demonstra que o trecho da lei pode vir a ferir o princípio da participação social, um dos princípios do SUS, já que não descreve como essa inclusão das relações sociais será realizada. Outro ponto de necessária reflexão é a afirmação de que o portador de transtorno mental deve receber a assistência à saúde em instituições de saúde mental, reportando o sujeito apenas à esses ambientes, o que além de segregá-los aos ambientes socialmente identificados como próprios para essa população, fere também o princípio da integralidade, tendo em vista, segundo Silva, Reintges e Aciole (2012), que o usuário deve acessar os diversos serviços de acordo com as suas necessidades e que “a

garantia de acesso destes usuários em toda a rede SUS se constitui uma das bandeiras do movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira” (p. 6).

Do artigo 4º ao artigo 10º há orientação quanto ao tratamento em saúde mental, bem como a definição e regulamentação dos critérios de internação.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001).

O presente artigo delinea a ocorrência de internações, como resultado final de uma longa caminhada de tratamento com os recursos extra-hospitalares, ou seja, na ineficiência desses recursos, a internação será indicada. No entanto, segundo Nascimento (2009), essa restrição pode funcionar muito mais como um catalisador desse instrumento asilar do que minimizador dos índices de internação e hospitalização, visto que a rede de assistência extra-hospitalar não é tão vasta no país. Outrossim, os parágrafos do artigos indicam um tratamento, que mesmo em caráter de internação, deve preconizar a reinserção social do indivíduo.

A respeito disso, Silva, Reintges e Acirole (2012) questionam o parágrafo primeiro, tendo em vista que a crítica feita pelo Movimento Antimanicomial se embasa no binômio isolamento versus reinserção social, no qual é paradoxal pensar um tratamento que se caracteriza pela separação do indivíduo do seu meio – sendo este família, amigos, comunidade –, mas que, legalmente, preza pela reinserção do mesmo. O mesmo vale para o parágrafo segundo, já que pensar uma assistência integral fora do contexto social demanda um questionamento sobre a sua efetividade. Para isso, os autores apresentados afirmam que a proposta de recursos extra-hospitalares surgiu como forma de possibilitar o tratamento integral e territorial. E por fim, o parágrafo terceiro reitera a impossibilidade legal de que esses indivíduos recebam tratamento em instituições com características asilares, porém toma como referência o parágrafo segundo desse mesmo artigo e o parágrafo único do art. 2º, que são dados insuficientes para a garantia real dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental.

No artigo 5º apresenta-se um apontamento quanto à atuação junto aos pacientes de longa permanência em instituições asilares, no sentido de oportunizá-los a serem autônomos.

Art. 5º O paciente há longo; tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de

ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001).

Aqui é possível vislumbrar a tendência em superar o modelo manicomial, que designa a esses sujeitos o lugar de passividade e é sustentado pela grave dependência institucional (BRITTO, 2004; NASCIMENTO, 2009). No entanto, Silva, Reintges e Aciole (2012) chamam atenção para a justificativa do texto da lei para o processo de dependência institucional, que endereça ao quadro clínico do indivíduo ou a sua rede de apoio social fragilizada a responsabilidade por esse estado, deixando de questionar-se quanto a sua participação no processo de institucionalização.

Do artigo 6º ao artigo. 10º dispõe-se sobre as condições e circunstâncias necessárias para a determinação de internação hospitalar. Sendo assim, o Art. 6º apresenta a regra geral para efetivação do internamento e, no parágrafo único, as tipologias de internação psiquiátrica.

Art. 6o A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2001).

É possível, através do texto principal do artigo, conceber a importância do exercício médico na determinação de necessidade da internação, que segundo Silva, Reintges e Aciole (2012), demonstra o poder médico sobressaindo aos demais profissionais de saúde, como uma prática fundamentada no ato médico. Além disso, a internação – involuntária e compulsória – como uma prática determinada pelo Estado ou terceiros, parece “dizer que a estes usuários e concebido o direito de escolher a internação sendo negado o direito de rejeitá-la”. (p. 9).

O artigo 7º, que discorre sobre a necessidade de elaborar uma declaração que solicita o internamento voluntário, bem como, no parágrafo único desse artigo, a disposição sobre a necessidade de solicitação de término da internação. Segundo Nascimento (2009), apesar do avanço em possibilitar ao paciente o poder em decidir sobre o momento de término de sua internação, as condições que impedem a cessação da internação psiquiátrica voluntária (IPV) não estão claras, bem como as implicações legais para o hospital na possibilidade de descumprimento da determinação da lei, “que se torna vaga e sujeita a distorções no cotidiano dos hospitais” (p. 72). Corroborando com essa interpretação, Silva, Reintges e Aciole (2012)

acrescentam que a restrição de uma solicitação escrita do paciente deixa de fora aqueles que são analfabetos, contradizendo o artigo 1º da mesma lei.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente (BRASIL, 2001).

O artigo 8º determina a indispensabilidade do médico, que autoriza as internações voluntárias e involuntárias, ser devidamente cadastrado no Conselho de Medicina do estado do estabelecimento de internação. Ademais, o parágrafo primeiro do artigo expressa a fundamental comunicação entre o técnico do estabelecimento e o Ministério Público Estadual, tanto da ocorrência de uma IPV ou IPI, quanto à cessação da internação. Segundo Britto (2004), esse é um ponto comum entre o PL 3.657/89 e o texto final da lei, com o propósito de “verificar a legalidade da internação, fiscalizar os estabelecimentos psiquiátricos e zelar pelos direitos do cidadão internado” (p. 95). No entanto, da mesma maneira que nos artigos anteriores, a lei não aponta as consequências para o hospital diante do descumprimento da medida.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento (BRASIL, 2001).

O artigo 9º trata da internação psiquiátrica compulsória (IPC), caracterizada pela determinação jurídica e situação comum às medidas de segurança, executadas nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP).

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (BRASIL, 2001).

O artigo 10º discorre a respeito da comunicação entre estabelecimento de tratamento e família ou representante legal, em situação de intercorrência com o paciente, a fim de relatar o estado do mesmo.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência (BRASIL, 2001).

O surpreendente é pensar na importância de estabelecer essa medida, visto que isto parece ser um procedimento comum em estabelecimentos hospitalares, bem como psiquiátricos. No entanto, Amarante e Yasui (2003, p. 10 apud BRITTO, 2004) afirmam que “o aqui disposto é mais bem compreendido se considerarmos a triste e absurda realidade de que essa comunicação não era feita pelos hospitais psiquiátricos” (p.96).

Por fim, o artigo 11º esclarece aspectos da pesquisa com pacientes/usuários dos serviços de saúde mental. Artigo 12º institui uma comissão nacional, criada pelo Conselho Nacional de Saúde, para acompanhar a implementação da lei e o artigo 13º faz vigorar a lei a partir da data de sua publicação (BRASIL, 2001).

Diante do exposto e segundo Nascimento (2009), é possível afirmar que muito do caráter revolucionário do PL 3.657/89 não foi mantido, à medida que nenhum artigo versa sobre o modelo assistencial ou a elaboração de serviços substitutivos ao modelo asilar. Mas de maneira oposta, mantém a estrutura hospitalocêntrica com a ressalva de constituir-se uma equipe multiprofissional, para uma atuação integral e uma preferência aos serviços comunitários de saúde mental, sem dispor o que efetivamente entende-se por serviço comunitário.

Diante das brechas encontradas no texto da lei, a respeito do modelo assistencial, há a divulgação da Portaria nº 336/02, do Ministério da Saúde, que dispõe novos aspectos acerca do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como instrumento político de garantia de um novo modelo de tratamento em saúde mental. As principais determinações apontam para a criação de modalidades de CAPS¹⁷, tendo como caráter prioritário a lógica de território e desvinculando-se a qualquer estrutura hospitalar, tanto no quesito físico quanto organizacional, já que a equipe gestora e de trabalho deve ser específica daquele centro (BRASIL, 2002). Podemos considerar essa portaria uma resposta ao déficit de clareza em relação aos serviços comunitários.

Ademais, relacionado aos avanços ocorridos no Brasil que permeiam a Saúde Mental desde a Reforma Psiquiátrica, até então, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH), existente no país desde 2003 no intuito de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) nas práticas de atenção de gestão. Segundo Yasui (2015), tanto a Reforma Psiquiátrica quanto a Política Nacional de Humanização possuem princípios e diretrizes políticas e ético-estético semelhantes. É ético, ao passo que, reconhece o outro, a partir de suas diferenças, dores, alegrias, ser-estar na vida; é estético, tendo em vista, a dignificação da

¹⁷ Configuram-se modalidades de CAPS, o CAPSI, CAPS II, CAPS III, CAPS i II, CAPS ad II (BRASIL, 2002).

vida humana, nas suas relações e formas do cotidiano, a fim de criar a própria humanidade; e político, pelo caráter coletivo das lutas e conquistas, já que “estar com” é potencializador de protagonismos nas mais diferentes vidas e situações (BRASIL, 2010).

Portanto, as duas propostas se entrelaçam e contribuem para a propagação de novas práticas em saúde, principalmente aquela que atua junto à pessoa com transtorno mental, que como já apresentada, é historicamente desrespeitada e violada em seus direitos. Ademais, a PNH deve fazer parte de todas as políticas e programas do SUS, favorecendo mudanças na organização do trabalho para uma melhor forma de cuidar, evitando atitudes e práticas desumanizadoras que interferem na autonomia e corresponsabilização na atuação das equipes de saúde e dos próprios usuários no cuidado de si mesmos (BRASIL, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a política é pautada nos princípios: transversalidade; indissociabilidade entre gestão e atenção; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos; a defesa dos direitos dos usuários – que é talvez a diretriz mais relevante para o contexto deste trabalho. Este aspecto, por sua vez, é preconizado pela Lei da Execução Penal, no Artigo 14 da lei 7.210/84, que expõe: “A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (BRASIL, 1984).

Oliveira, Leme e Godoy (2009) afirmam que a ‘humanização’ é um termo de difícil definição, se levarmos em conta o caráter subjetivo da palavra. No entanto, é possível compreendê-lo como ‘rehumanizar’, ao tempo em que cada um se proponha a considerar que quem necessita de cuidados é um ser único, que tem uma história e uma maneira própria de pensar, sentir e experienciar, inclusive suas dores. Neste sentido, as autoras assinalam que resgatamos a dimensão relacional do ser humano como construtora de saberes, sentidos e olhares, bem como constituinte da identidade e da individualidade, transformando, a partir disto, o papel do profissional da saúde para o cuidar.

O que se percebe é o crescente aparecimento de portarias, leis e (re) orientações para uma nova postura na saúde, e mais especificamente, na saúde mental. E é diante da presente realidade de instituições que se assemelham, em características e práticas, aos manicômios – tão combatidos pelo movimento da reforma psiquiátrica –, que se faz necessário conhecer as normas e legislações que possibilitam a sua existência depois de tantos anos após a promulgação da Lei nº 10.216/01.

4.2 A execução da medida de segurança e sua aplicação legal

A lei da reforma psiquiátrica consagra algumas mudanças importantes e iniciais para o campo da saúde mental, como já exposto no tópico acima. No entanto, as diversas transformações geradas após a sua promulgação não alcançaram toda a população em sofrimento psíquico grave, como, por exemplo, os loucos infratores. Nesse sentido, Diniz (2013) expõe que

a invisibilidade do louco infrator não foi rompida com as conquistas da Reforma Psiquiátrica dos anos 2000. Os manicômios abriram suas portas, e o tratamento em regime asilar passou a ser descrito como inumano. A sequestração do louco foi contestada não apenas pelos saberes biomédicos e jurídicos, mas principalmente pela comunidade de indivíduos em sofrimento mental. Mas nem todos os loucos foram incluídos nesse amplo regime de revisão da legislação (p.13).

A autora faz essa afirmação tomando como parâmetro os diversos abusos perpetuados no “tratamento” desses indivíduos, como a evidência de internos em abandono perpétuo¹⁸ com inclusive a abertura de novos hospitais de custódia após a data de promulgação da lei.

Segundo o Código Penal (CP), no seu artigo 26º, é isento de pena o indivíduo que comete crime e possui doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, e desta forma era, ao tempo da ação criminosa, “inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”. (BRASIL, 1984). Portanto, o juiz absolve-o, mas encaminha-o para execução da medida de segurança, que “não tem natureza retributiva e visa exclusivamente ao tratamento deste, e não à expiação de castigo” (SILVA, 2010, p. 113). A mesma possui duas modalidades, a de internação ou tratamento ambulatorial, que devem ser necessariamente escolhida mediante laudo médico, ou seja, mesmo diante da decisão jurídica, é o laudo médico que atesta a necessidade de tratamento e encaminha para aquele que melhor comporta cada caso. É indispensável lembrar que nos termos da lei nº 10.216/01, a internação só será uma opção “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (art. 4º, *caput*) e “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º). No entanto, segundo Prado e Schindler (2017), a partir do CP, o que se verifica é a orientação de que a internação deve ser aplicada em preferência ao tratamento ambulatorial

Outrossim, a Lei de Execução Penal (LEP) determina, no artigo 99, que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é o destino legal para os indivíduos inimputáveis e

¹⁸ Segundo decisão do Supremo Tribunal Federal (BRASIL, 2005), “trinta anos é o limite da pena a ser imposta pelo Estado aos indivíduos imputáveis. Entretanto, segundo o censo, foram encontrados dezoito indivíduos internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos (DINIZ, 2011).

semi-imputáveis, que para tanto deve seguir as orientações da mesma lei, no artigo 88, acerca da estrutura física para acomodação dos indivíduos.

Art. 88. O condenado será alojado em **cela individual** que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório.

Parágrafo único. São requisitos básicos da unidade celular:

- a) salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana;
- b) área mínima de 6,00m² (seis metros quadrados) (BRASIL, 1984).

Logo é possível perceber o caráter jurídico que é empregado sobre a realidade do manicômio judiciário, no qual segue regras muito mais de uma realidade carcerária do que assistencial-médica. Ademais, os artigos 100 e 101, respectivamente, delimitam a necessidade de exame psiquiátrico e demais exames necessários para o tratamento de todos aqueles que se encontram internados na instituição, além de apontar que o tratamento ambulatorial para agente inimputável – que, todavia, tem o crime punível com detenção¹⁹ –, deve ser realizado nos HCTPs ou outro local com dependência médica.

A LEP também apresenta disposições acerca da cessação de periculosidade, que do artigo 175 ao 179 da lei, descrevem o protocolo a ser seguido junto aos documentos necessários para comprovação da cessação, que tem caráter decisório na sentença do Juiz, em relação a desinternação ou liberação, devendo este ser realizado anualmente. Segundo Gomes e Molina (2009 apud ALMEIDA, 2018), a periculosidade é um conjunto de condições objetivas e subjetivas que apontam a possibilidade do sujeito cometer atos que gerem danos, é como se houvesse uma observância enfática na possibilidade de práticas futuras, enquanto que para considerarmos alguém culpado, é feita a análise e interpretação do passado. A respeito disso, Diniz (2013) pontua que o atestado de periculosidade gerado no imaginário social, através dos discursos jurídico e psiquiátrico, é basicamente infundado, visto a não existência de evidências científicas sobre tal aspecto, como fica claro no trecho abaixo:

Dito isso, arrisco anunciar o que considero o resultado mais importante do censo: não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos. O diagnóstico psiquiátrico não é determinante para a infração penal cometida pelo louco. O que há são indivíduos em sofrimento mental que, em algum momento da vida, por razões que não fomos capazes de identificar pela pesquisa documental em dossiês, cometem infrações penais (p.15).

Segundo Carvalho e Weigert (2013), a lei da reforma psiquiátrica é a responsável por confrontar aos arquétipos legais que conservavam a responsabilização penal dos inimputáveis

¹⁹ O termo detenção refere-se a uma das modalidades de penas privativas de liberdade, apresentadas no artigo 33 do CP, que tem como contexto condenações leves e não admitem início de cumprimento em regime fechado, mas configuram-se “pelo regime semi-aberto, ou aberto, salvo necessidade de transferência a regime fechado” (TJDFT, 2015).

no CP, devido seu caráter transformador. Em continuidade, o CP determina, no parágrafo 1º do Art. 97, que a medida de segurança, em qualquer das suas tipologias, será de tempo indeterminado e perdurará até que se averigüe a cessação de periculosidade, dentro do prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos. Diante do fato, é compreensível pensar a vagareza do sistema em libertar essa população, deixando-os esquecidos, visto que não há um parâmetro de limite máximo de permanência, mas há um limite mínimo de permanência. Em contrapartida, quando a cessação de periculosidade é declarada, a pessoa recebe uma sentença de desinternação de caráter condicional, já que pode ser restabelecida a situação anterior, se o indivíduo, antes do decurso de 1 (um) ano, praticar ato indicativo de persistência de sua periculosidade.

Em face da realidade da execução das medidas de segurança, como processo legal para o cumprimento de pena para pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, faz-se necessário apresentar a realidade dessa execução nos seus devidos espaços, ou seja, os manicômios judiciários brasileiros.

4.3 A realidade dos manicômios judiciários brasileiros

O manicômio judiciário, ou HCTP, já teve sua história e criação apresentadas no tópico 3.2 da seção 3 desse trabalho, porém se fará necessário retomar a premissa de que esse estabelecimento é, ainda hoje, um grande desafio, devido o atraso e dificuldade na implementação dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. A esse respeito, tomaremos aqui, principalmente, as informações disponíveis no Relatório de Inspeção aos Manicômios (CFP, 2015) e Censo de 2011 (DINIZ, 2013), que são importantes publicações que elucidam a realidade dessas instituições. Outros documentos são realizados constantemente, tendo em vista que o sistema manicomial, bem como o sistema carcerário brasileiro, é institucionalmente frágil, demandando constante fiscalização e vistoria para averiguar as irregularidades, “a fim de que seja resguardada a dignidade dos seres humanos que sofrem por transtornos mentais e são submetidos a tratamento em razão da prática de infração penal” (CFP, 2015, p. 9).

O Brasil possui, segundo o censo de 2011 (DINIZ, 2013), 26 ECTPs distribuídas nas 5 regiões do país, mas traçando um paralelo com a inspeção realizada pelo CFP (2015), percebe-se a criação de novos estabelecimentos²⁰, nos 4 anos que separam uma pesquisa da

²⁰ Segundo Diniz (2013, p. 35), “nos estados de Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins, não havia ECTPs”. Todavia, a Inspeção aos Manicômios, realizada pelo CFP (2015), apresenta

outra. As inspeções foram realizadas por 18 Conselhos Regionais de Psicologia, em instituições previamente definidas, sendo que os conselhos deveriam escolher pelo menos um estabelecimento de cumprimento e execução de medidas de segurança para representar o estado. Com os objetivos de evidenciar:

Os impasses encontrados nestas instituições, o desrespeito aos direitos humanos, a falta de tratamento, as condições físicas, técnicas e de trabalho (sempre muito ruins), a ineficácia do dispositivo hospitalar/manicomial (um híbrido do “pior da prisão com o pior do hospital”), o instituto da Medida de Segurança enquanto pena perpétua, o mito da periculosidade presumida (nos exames de cessação de periculosidade, ainda que a presunção de periculosidade tenha sido varrida legalmente desde 1984) e, sobretudo, o descompasso entre as novas formas de abordagem, tratamento e responsabilização do louco infrator, amparadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (CFP, 2015, p. 15).

As contradições, que são fecundas nessa instituição, existem há muitos anos, visto que o Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, realizado em 2002, através do seu relatório final descreve algumas dificuldades vividas nesse espaço, em razão da não co-responsabilização pelos Ministérios da Saúde e Justiça. Porém, segundo o relatório (BRASIL, 2002), os primeiros passos de superação da problemática foram dados no ato da publicação da Portaria Interministerial n.º 628²¹, em abril de 2002. Portanto, se exporá as principais mazelas existentes nos MJs, nas dimensões físico-estrutural, profissional-assistencial e legal.

Inicialmente, os MJs não possuem estrutura física adequada para comportar os pacientes, bem como para a realização dos atendimentos e práticas assistenciais necessárias. A palavra que melhor descreve a situação é precariedade, pois segundo CFP (2015), são dispostos em celas superlotadas²², que quando não são semelhantes às unidades prisionais convencionais, pelo menos as relembram. Os chuveiros são insuficientes e os banheiros não contam, em muitos casos, nem com portas e acesso à válvula de descarga. Além de salas, alojamentos e banheiros imundos, com cheiro repugnante, devido à inexistência de equipe específica para limpeza, os próprios pacientes sofrem com vestimentas sujas, devido à falta de periodicidade na lavagem. Os espaços para convivência íntima são escassos, mas mesmo na unidade com a existência do local, não há visita íntima em nenhum caso. Em relação ao

relatos sobre ECTPs nos estados do Acre, Goiás, Maranhão e Mato Grosso do Sul, o que indica a criação desses estabelecimentos nesse período.

²¹ Portaria criada pela parceria do Ministério da Saúde e o da Justiça, com o objetivo de aprovar e orientar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, tornando a população carcerária responsável de ambos os ministérios (BRASIL, 2002).

²² Segundo CFP (2015, p.17), “Em sete, dos dezessete manicômios pesquisados, há superlotação, que varia de 110% da capacidade de vagas instaladas a 410%”.

ambiente de trabalho dos profissionais, o ambiente também é precário e insalubre, como apresentado no relato abaixo:

As profissionais psicólogas relatam dificuldades quanto à estrutura física, como salas pouco arejadas, insalubres e úmidas. Inclusive relataram que a limpeza do ambiente e as roupas dos pacientes são feitas pelos mesmos. As mesmas trouxeram e nos mostraram, enquanto percorríamos o espaço onde as mesmas executam seu trabalho salas pouco arejadas e com estrutura visível bastante deteriorada. Acesso nenhum à rede de computadores, tendo que muitas vezes fazer todo o trabalho de pesquisa sobre a rede daqueles usuários de suas casas, bem como realizam contatos com estes fora do ambiente de trabalho, uma vez que além de não possuírem acesso a computadores, também não tem acesso à rede de internet. Para realizarem uma ligação precisam solicitar créditos e o limite destes é muito baixo, sendo totalmente insuficiente para as articulações necessárias, principalmente as extramuros. Quanto ao material psicológico, informam que os testes psicológicos estão em condições precárias e até mesmo deteriorados [CRP-07] (CFP, 2015, p. 19-20).

Quanto ao nível profissional-assistencial, conforme o CFP (2015), as práticas assistenciais em saúde são escassas e deficitárias, visto que a forma como são feitas estão aquém dos modelos na saúde preponderados, por exemplo, os prontuários possuem escassez dos dados completos dos pacientes, além de pouco ou inexistente registro do trabalho cotidiano, contribuindo para que as informações sejam repassadas entre as equipes por meio do livro ata de passagem de plantão. Além disso, os pacientes (ou presos) são atendidos através das grades, com frequência irregular e desconhecimento dos próprios planos terapêuticos e previsão de liberação da unidade. Quando são realizados atendimentos individuais, os pacientes são retirados das celas e levados para sala de atendimento algemados e, geralmente, permanecem assim, com a atenção permanente do agente penitenciário através da porta aberta. Outra fragilidade existente é o baixo contingente profissional nas unidades, como, por exemplo, a ausência de advogado na maior parte dos ECTPs, que como o CFP (2015) pontua:

se é verdade, e é, que o advogado é indispensável à administração da Justiça (Constituição da República Federativa do Brasil, art. 133), podemos dizer que na segregação manicomial inexistia justiça, à míngua de advogados que possam zelar pelos presos/pacientes judiciários (p. 17).

Isto é, para além da desvalorização desse profissional, um ponto de contradição, por haver na função de advogado, um agente importante para o processamento legal e institucional da saída do paciente daquela instituição. Outrossim, a relação desproporcional entre profissionais da psicologia e pacientes é assustadora, visto que a menor relação é de 1 profissional para 21 pacientes, e a maior é de 1 psicólogo para 104 pacientes. Essa realidade aponta para um trabalho precarizado, pelo grande fluxo de trabalho, pelas condições físicas para o trabalho, além de a própria relação trabalhista ser instável, já que algumas unidades possuem esse profissional a partir de cargos comissionados. Por fim, a inspeção constatou que

dos 1.131 mais variados profissionais, 611 são agentes de segurança, ou seja, mais da metade de todos os trabalhadores são ligados a função de manter a segurança (CFP, 2015).

Ademais, em relação ao nível das execuções legais, o que se verifica é a demora, em algumas unidades, na realização da perícia para determinação de sanidade mental e os exames de cessação de periculosidade, que como já exposto, deve ser realizado anualmente. Este último ponto de fundamental observância, visto que o mesmo pode possibilitar o alcance da liberdade do paciente, que segundo “uma ordem judicial o arranca do meio em que vivera na invisibilidade e o atira em masmorras, por tempo indeterminado, quiçá perpétuo, sob argumento da segurança da sociedade que não mais deverá ficar exposta à periculosidade” (CFP, 2015, p.27). Logo, vale relembrar que artigo 6º da Constituição de 1988 afirma que a saúde é um direito social e, portanto, é necessária “a revisão do modelo de resposta do Estado às situações jurídicas as quais têm ensejado o cumprimento de Medida de Segurança e Exames de Sanidade Mental que encarcera pessoas doentes e as submete a tratamento desumano” (p.28). Corroborando com essas ideias, as considerações do relatório final (BRASIL, 2002) afirmam que “as noções de que a aplicação da medida de segurança fere os princípios constitucionais da reserva legal e da proporcionalidade da pena, apontaram para a necessidade de formulação de novos paradigmas jurídicos, além de novos paradigmas assistenciais no cuidado ao louco infrator” (p.27).

Portanto, o que se percebe é um despreparo do MJ em proporcionar tratamento digno e condizente aos princípios da reforma. Em contrassenso ao esperado, alguns programas têm obtido êxito na implementação de um cuidado reformado para essa população, diante disso, será apresentado o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI, a seguir.

4.4 Práticas assistenciais ao paciente judiciário

Visto que a partir da Lei nº 10.216/01, as medidas de segurança não seriam reguladas exclusivamente pela legislação penal, abriu-se espaço para novas propostas de execução, que atendessem às necessidades dos indivíduos implicados nesse processo. Primeiramente temos o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, que segundo Barros-Brisset (2010), é o primeiro programa de atuação junto aos pacientes judiciários segundo as diretrizes da reforma psiquiátrica. Iniciado em março de 2000, como um projeto-piloto de acompanhamento de 15 casos, que alcançou êxitos no tratamento, a partir de sua função mediadora com as instituições de saúde.

Como este era apenas um projeto-piloto, a equipe condutora questionava-se sobre a capacidade do paciente judiciário em administrar as condições relativas à liberdade. Então, somente depois da fala de um paciente, que se entendeu a necessidade de acompanhar esse indivíduo durante todas as fases do seu processo, até mesmo para facilitar a sua reinserção social. Logo depois, no ano de 2001, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais, substancializado pela promulgação da Lei nº 10.216 do mesmo ano, transforma o projeto-piloto em um programa fixo, implementando “institucionalmente a reforma psiquiátrica no campo jurídico através desse programa inovador, seguindo a orientação da Lei nº 10.216” (BARROS-BRISSET, 2010, p.32).

Nesse sentido, segundo a referida autora, o programa faz uso da metodologia de atenção integral, por meio de rodas de conversa, arrecadando aspectos importantes para acompanhamento, de forma atenta e cotidiana, cada caso, como descrito no trecho:

O programa, em resumo, tem por função a oferta do acompanhamento integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as fases do processo criminal. Ocorre de modo intersetorial, através da parceria do Judiciário com o Executivo e com a comunidade, de forma geral, promovendo o acesso à Rede Pública de Saúde e à Rede de Assistência Social, de acordo com as políticas públicas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental (BARROS-BRISSET, 2010, p.33).

Como os casos podem chegar por encaminhamento familiar, do sistema prisional ou, então, decisão judicial, é feito o devido direcionamento, seja para vinculação do paciente à rede de atenção em saúde mental, quando o mesmo não está sendo acompanhado, ou então, a construção jurídica, clínica e social do caso, quando não há sentença de medida de segurança. A equipe de acompanhamento é interdisciplinar, contanto com profissionais da psicologia, o serviço social e do direito, que atuam

[...] como um serviço auxiliar do juiz, subsidiando a decisão judicial e conectando aos autos os relatórios cujo material foi tecido no trabalho com os diversos parceiros fora do sistema jurídico: trabalhadores da saúde mental, de organizações e entidades sociais, familiares, entre outros (BARROS-BRISSET, 2010, p.34).

Portanto, o programa se torna inovador devido seu engajamento em colocar a rede de atenção em saúde mental como ator fundamental no tratamento dessa população, que segundo Barros-Brisset (2010), dispensa o manicômio judiciário como espaço de destino do louco infrator. Além disso, soluciona a crise entre Justiça e Saúde, pois a resposta que estabiliza a tensão crítica entre as instituições, tem como produto a substituição da “prática reacionária do manicômio pela inclusão dessa população nas políticas públicas de atenção à saúde mental, sem desprezar a importância do tratamento jurídico na solução de cada caso” (p.35).

Em seguida, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) emergiu também como um grande exemplo de execução de medidas de segurança dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Segundo o Ministério Público de Goiás (2009) e Silva (2010), o programa é produto de uma iniciativa do Ministério Público em parceria com entidades relacionadas à Saúde Mental no contexto da Secretaria de Estado da Saúde em Goiás, que teve seu início no ano de 2003 e tinha como objetivo inicial apenas realizar o levantamento das medidas de segurança em execução no Estado do Goiás, a fim de que esses dados obtidos gerassem relatórios. Após esse trabalho, não fazia sentido o término do Programa. Assim, foram estabelecidas articulações e diálogo com a Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia e o Centro de Apoio Operacional de Defesa da Cidadania, no sentido de reestruturar o Programa.

Foram necessários diversos convênios, especialmente com a Secretaria Municipal de Saúde; Tribunal de Justiça; Procuradoria Geral de Justiça; Conselho Regional de Psicologia e rede de clínicas psiquiátricas, dentre outras instituições, no sentido de fazer despontar a ênfase terapêutica, e não punitiva, das medidas de segurança. (SILVA, 2010). Após muitos debates, em 2006, a iniciativa do Ministério Público é oficializada e o PAILI é implementado no Estado do Goiás, dando início a uma nova abordagem que considera a dignidade dos pacientes psiquiátricos, antes tão violados em seus direitos fundamentais, possibilitando que a questão deixasse de ser percebida apenas sob o olhar da segurança pública e, definitivamente, adentrasse aos serviços de saúde pública. Logo, os objetivos do PAILI se estabelecem por estudar:

[...] cada caso sob o olhar clínico, psicossocial e jurídico; elabora projeto terapêutico individual de acordo com a singularidade de cada caso e informa à autoridade judiciária a respeito da evolução do tratamento. O Programa visa ainda buscar a adesão do círculo sócio-familiar do paciente, trabalhando junto à família para o estabelecimento de vínculos e posterior retorno ao lar (MP/GO, 2009, p.19).

Dentro do Programa, equipes multiprofissionais dos serviços públicos e de clínicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde têm a autonomia para desempenhar suas funções na melhor proposta de tratamento dispensado ao público-alvo, sendo acompanhados pelos profissionais do PAILI, que atuam na retaguarda, em contato contínuo com os familiares dos pacientes e realizando a articulação da rede de assistência à saúde mental, em especial no que tange aos Centros de Apoio Psicossociais (CAPS) e Residências Terapêuticas (RT). A respeito das amplas possibilidades de trabalho das equipes, o MP/GO (2009) afirma:

Essa liberdade de ação de que dispõem os profissionais da saúde mental e as clínicas psiquiátricas facilita ainda para a quebra de resistências ao acolhimento de pacientes do Programa, pois, com autonomia para o tratamento, não permanecem na

dependência de decisões judiciais para o encaminhamento do paciente para a família ou para uma residência terapêutica (p.19).

Na prática em Goiás, a execução da medida permanece jurisdicionalizada, porém não é o juiz quem determina o tratamento, visto que o médico é o profissional de referência a afirmar o que de melhor pode ser feito dentro da necessidade do paciente. Pois, conforme a Lei nº 10.216 é exigido “laudo médico circunstanciado” (art. 6º, *caput*) para que haja internação psiquiátrica (MP/GO, 2009; SILVA, 2010). O juiz acompanha o tratamento dispensado ao agente inimputável ou semi – inimputável, vindo a intervir em eventuais casos de desvios ou excessos na execução, até que a medida de segurança venha ser extinta. O Ministério Público de Goiás, por sua vez, fiscaliza e acompanha os processos judiciais e, principalmente, o paciente em tratamento por intermédio das clínicas e da execução do PAILI.

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, atualmente, tem por demanda a execução das medidas de segurança no Estado do Goiás, sendo esta uma iniciativa inovadora que insere a pessoa em cumprimento de medida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sem distinguir de outros pacientes, fazendo-se cumprir o princípio fundamental da universalidade preconizada pela Lei 8.080/90. Tal atuação resulta em uma verdadeira sinfonia entre os envolvidos, ainda com participação ativa da sociedade representada pelos familiares destes pacientes, tornando-se uma prática bem-sucedida no que consiste a prevalência da dignidade e garantia de direitos humanos fundamentais dos pacientes em medida de segurança, sendo modelo para diversas regiões do país.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Diante do exposto sobre o tratamento psiquiátrico ao longo da história, as instituições criadas a partir desse fato e os aspectos relativos ao tratamento do paciente judiciário no Brasil, é possível reconhecer a precariedade despendida às pessoas com transtorno mental, visto que, segundo Silveira e Braga (2005), a loucura passou a maior parte da história humana reclusa a lugares – físicos e sócio-culturais – de estigma e violência. Na Grécia Antiga, o louco era enxergado como alguém de laços estreitos com o divino, bem quisto e precioso, já que o seu discurso delirante era como a própria voz dos deuses. Todavia, o lugar de destaque vivido pelo alienado grego, é bem diferente daquele existente nos séculos seguintes, principalmente, por influência do pensamento cristão (FOUCAULT, 1978; PELBART, 1989).

É na Idade Média, segundo Foucault (1978), que surgem as Naus de Loucos, com o objetivo de cumprir o papel de expurgar esses indivíduos das ruas e do convívio social, que já era bem fragilizado. Da mesma forma, os manicômios, ou hospitais psiquiátricos (no termo mais moderno), se assemelham ao direcionar as pessoas com transtorno mental aos manicômios, que em muitos casos, funcionam apenas para retirá-los do convívio familiar e social, visto a dificuldade e a falta de interesse em cuidar, por parte da família. É como se o destino e o habitat natural dessas pessoas fosse, na verdade, os manicômios e não as suas famílias e comunidades.

Esse fato está em consonância com a minha vivência no campo da saúde mental, seja pela experiência no Hospital Nina Rodrigues, seja pelo convívio com profissionais dessa área, que me possibilitaram conhecer histórias de abandono familiar, nas quais a convivência com a rotina de cuidados é mais desgastante do que entregar seus entes aos cuidados de uma instituição, corroborando com a postura iluminista apresentada por Foucault (1978), que tem por interesse, geralmente, a segregação e não o tratamento, passando a superlotar os Hospitais Gerais espalhados na Europa.

Porém em face da realidade vivida no Hospital Geral, a figura de Pinel, que possui uma importância histórica, emergiu e propôs uma nova postura diante do louco internado, compreendendo-os como sujeitos necessitados de tratamento médico (FOUCAULT, 1978), convergindo nos primeiros indícios de uma reforma, devido seu caráter transformador. Foi, portanto, nesse período que a psiquiatria despontou e se estruturou, conferindo a hospitalização e ao saber médico posições de grande destaque e autoridade sobre essas vidas (AMARANTE, 1998). Ou seja, da mesma forma que as instituições surgem para tutorar o louco, a psiquiatria também surge como autoridade sobre a loucura, ganha, ao longo dos anos,

um papel fundamental no cotidiano dessa área, além de caracterizar a loucura como sinônimo de periculosidade, o que reforça o entendimento de que lugar de louco é no manicômio, bem longe da vida social comum (AMARANTE, 1998).

Da mesma forma que as mazelas do Hospital Geral influenciaram a mudança de postura diante do louco, assim foram com as reformas psiquiátricas contemporâneas, que ganharam substrato em meio a muitas tragédias, advindas das grandes guerras do século XX. A reflexão trazida pelos acontecimentos permitiu o questionamento das estruturas hospitalares, no seu sentido figurado e literal, gerando as primeiras e grandes experiências reformadas, como a Comunidade Terapêutica, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor, a Psiquiatria Preventiva, a Antipsiquiatria e, por fim, a Psiquiatria Democrática (AMARANTE, 2007).

Todas elas são de grande importância para a elaboração do projeto de Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil, mediante suas propostas práticas e construções teóricas, como, por exemplo, a concepção de estabelecer relações horizontais e um tratamento elaborado a partir da participação ativa de todos os atores sociais – advinda da Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional, respectivamente. Ou então, a proposta de serviços extra-hospitalares espalhados pelas diversas regiões da cidade, da Psiquiatria de Setor, ou o objetivo de promover o estado de bem-estar mental nas comunidades através de uma busca ativa de pessoas vulneráveis a uma psicopatologia, presente na Psiquiatria Preventiva. Essa última, por sua vez, apresenta conceitos importantes para a RP, como o conceito de crise, que deu base para construção da postura comunitária, na qual a equipe é responsável pela manutenção e prevenção das crises individuais, familiares e sociais, assim como o conceito de desinstitucionalização, que preconizava a redução de pacientes internados em hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2007).

Ademais há a Antipsiquiatria, que propôs uma contraposição à noção de doença mental, pois esta seria produto da relação do sujeito com o meio social, estabelecendo, assim, a ausência de tratamento psiquiátrico clássico, mas em compensação, o indivíduo deveria vivenciar a experiência psicopatológica. Por último, a Psiquiatria Democrática é considerada a principal influência ao movimento reformista brasileiro, em razão da aproximação de ideias e do grande expositor dessa nova proposta, Franco Basaglia. Nesse paradigma, a simples reforma da instituição hospitalar, seja nos aparatos físicos ou relacionais, não seria suficiente, pois a grande problemática estava nos saberes sociais, culturais e científicos, que sustentavam a realidade manicomial (AMARANTE, 2007).

No entanto, essa realidade perdura até o século XXI, a despeito das diversas transformações realizadas a partir dessas propostas, tanto no tratamento, quanto na visão da sociedade ou na postura do Estado diante dos indivíduos loucos (AMARANTE, 1998; FOUCAULT, 1978; PELBART, 1989;). O manicômio judiciário é o maior exemplo da permanência de estruturas asilares e excludentes, seja pela sua existência e crescimento após a reforma psiquiátrica, ou pelas práticas ali prestadas, que em sua maioria são resultado de uma falta de estrutura geral (CFP, 2015; DINIZ, 2013).

Este, por sua vez, deriva de uma instituição anterior – o manicômio – que surgiu por meio de diversos interesses, tanto sociais, políticas e econômicas. Isso porque o mesmo cumpria a prerrogativa de isolar aquele que é socialmente indesejado, dando um destino certo para eles, a fim de tirá-los da mendicância e ociosidade. O estado em que se encontravam era enxergado, pela burguesia da época, como aspecto da falta de moral desses indivíduos, e por consequência, segundo Foucault (1978), o manicômio cumpria também um papel moralizante, já que os conferia uma posição social, transformando-os em mão de obra.

É nesse ensejo, que o manicômio judiciário (MJ) recebe sua justificativa para existir, visto que o mesmo supria a demanda de expurgar o louco-infrator, que é duplamente estigmatizado, por ser louco – indivíduo desprovido de razão pelo entendimento social – e criminoso – ser temido e rechaçado. Para ele resta o abandono, o esquecimento e o sofrimento, mesmo não sendo considerado culpado de seu crime, em razão da sua inimputabilidade (ou semi-inimputabilidade) (BRASIL, 2005; CARRARA, 2010). As contradições acarretadas pela confluência entre Saúde e Justiça geram uma instituição com grandes entraves, no cuidado e processo de cada indivíduo que lhe é destinado.

Além disso, o próprio tratamento oferecido nos manicômios judiciários é marcado pelo abandono, insalubridade, violação de direitos e impossibilidade de receber uma terapêutica adequada, principalmente, pela limitação prática da equipe de saúde, por razão da falta de estrutura, bem semelhante à realidade das práticas realizadas nos manicômios na Europa da Idade Clássica, onde os indivíduos eram acorrentados, maltratados e viviam em condições precárias (FOUCAULT, 1978). A minha vivência na ala de paciente privados de liberdade (PPL), do Hospital Nina Rodrigues (HNR), corrobora com a citação, já que me permitiu ver indivíduos acorrentados nos pés, reclusos em enfermarias que se assemelhavam muito a celas, com características insalubres. Podemos dizer que essas pessoas são mais bem compreendidas como presos-pacientes.

É, portanto, em face das características manicomiais predominantes nessas instituições – com a suposta prerrogativa de cuidar e tratar –, que a Reforma Psiquiátrica

Brasileira surge, propondo uma nova postura diante do louco, a fim de não só transformar o cuidado despendido a ele, mas proporcionando um novo olhar da sociedade sob o mesmo (BRASIL, 2005; FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014). Então, segundo Amarante (1998), diversos atores sociais se unem, passando a pensar e questionar a realidade manicomial, a partir de grandes eventos e articulações políticas e teóricas, que deram toda a sustentação e robustez a luta.

E em ocasião do campo democrático fértil e no horizonte de tantas lutas e reivindicações, a Lei nº 10.216/01 surge como uma resposta importante para os militantes da luta antimanicomial, ao apresentar a pessoa com transtorno mental como um cidadão que merece ser respeitado em suas particularidades, que tem por direito receber tratamento digno e que deve ser construído a partir de suas necessidades (BRASIL, 2005; BRITTO, 2004; COSTA et al, 2016; NASCIMENTO, 2009).

Porém chama atenção a demora de 12 anos para sua promulgação, que como Britto (2004), Delgado (2011) e Nascimento (2009) apontam, é produto de muitos embates políticos, em face do grande interesse em manter a lógica hospitalocêntrica e manicomial, a despeito do sofrimento vivido pelos internos dessas instituições.

Mas diante das diversas alterações, a pergunta que se faz é se a lei foi transformadora ou apenas ensaiou uma mudança que era necessária. A partir das leituras, compreendo que a mesma foi fundamental para abrir caminhos para diversos outros documentos de orientações ou reorientações no cuidado em saúde mental, além de fincar a posição preponderante do Estado nesse cuidado. Além disso, a demonstração da pessoa com transtorno mental como um cidadão de direitos fundamenta uma nova possibilidade de vida para essas pessoas historicamente excluídas e violentadas. Entretanto, o que diz a Lei nº 10.216/01? A lei apresenta uma transformação no modelo assistencial, reorientando as internações psiquiátricas e a responsabilidade do Estado (NASCIMENTO, 2009).

Os dois primeiros artigos demonstram a influência recebida da Constituição de 1988 e do SUS, por reforçar direitos básicos, que devem ser assegurados durante seu tratamento (SILVA; REINTGES; ACIOLE, 2012) e são, no parágrafo único do segundo artigo, destrinchados. Mas segundo os autores, alguns dos seus incisos ficam sem clareza e parâmetro do que significariam e como seria sua aplicação, principalmente, quando tomamos a realidade do manicômio judiciário. Por exemplo, no inciso VI, quando se fala em proporcionar “livre acesso aos meios de comunicação disponíveis”, não fica claro como serão disponibilizados, visto que, como demonstra a realidade do MJ, os presos-pacientes estão submetidos a lógica carcerária e é a equipe de saúde que possui acesso aos meios de comunicação, fazendo uso

quando entendem que é necessário. No PPL do Hospital Nina Rodrigues, pude acompanhar essa prática, no qual era a equipe que fazia uso dos celulares pessoais e entrava em contato com os familiares, deixando a ligação no modo viva-voz para que o preso-paciente pudesse falar com seu ente. Esse exemplo demonstra a clara violação daquilo que é proposto pela lei.

Em seguida, o inciso VIII aponta que o tratamento deve ser realizado em “ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis”, mas sem deixar claro que meios são esses. Em contrapartida, o MJ, segundo CFP (20155) e Diniz (2013), possui uma estrutura precária, em razão de celas imundas e com cheiro repugnante, banheiros sem chuveiros, ou insuficientes, privadas sem válvula de descarga, inexistência ou falta de espaço para convivência íntima. Diante dessa realidade, é difícil pensar que essas instituições oferecem um ambiente terapêutico não invasivo.

Por último, no inciso IX, há, provavelmente, uma das maiores contradições presentes nessa lei, quando relembramos para que propósito a mesma foi criada. Nesse inciso, indicam-se, preferencialmente, os serviços comunitários de saúde mental para execução do tratamento, abrindo margem para não opção desse modelo de serviço, e talvez, permitindo a perduração do modelo manicomial, como é o caso dos manicômios judiciários.

No artigo 3º, há abertura de uma postura autoritária, por parte do Estado, visto que não existe o delineamento de como essa participação social, por parte da família e sociedade, ocorrerá, bem como a inexistência de um apontamento quanto à inclusão do paciente nas decisões sobre as políticas de saúde mental (NASCIMENTO, 2009; SILVA; REINTGES; ACIOLE, 2012). Da mesma forma e de modo geral, não há inclusão da família e da comunidade no tratamento do paciente judiciário, ocasionados pela fragilidade dos laços sociais, visto que muitos familiares não visitam os presos-pacientes, assim como a não implantação de programa de restabelecimento de vínculo familiar (CFP, 2015).

A partir do artigo 4º ao 10º (BRASIL, 2001), a lei orienta a o cuidado em saúde mental e a internação psiquiátrica. O artigo 4º traz quatro importantes disposições sobre o internamento, a primeira é de que a indicação da mesma só será feita quando todos os recursos extra-hospitalares estiverem esgotados, ou seja, a internação é a última opção no tratamento da pessoa com transtorno mental. A segunda é que, no § 1º, há a afirmação de que todo tratamento tem por objetivo a reinserção social do paciente, o que implica dizer que mesmo na modalidade de internação, é dever da equipe condutora do trabalho o planejamento de reinserir esse sujeito no meio, principalmente, por meio da manutenção das relações externas ao hospital.

A terceira disposição se encontra no § 2º, que determina uma assistência integral aos pacientes em regime de internação, por meio de serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, de lazer, entre outros. E quanto à última disposição, o § 3º veda a internação de pacientes em instituições com características asilares e que não assegurem os direitos preconizados no parágrafo único do art. 2º.

De modo geral, ao tomarmos essas disposições, não as vemos sendo implantadas no MJ, primeiro porque apesar das medidas de segurança serem divididas em duas modalidades – internação e tratamento ambulatorial –, existe uma grande preferência pela internação, como apontado no Censo de 2011 (DINIZ, 2013). Segundo que como já discutido acima, os contatos sociais extramuros são escassos, e quando existem, são fragilizados, devido às péssimas condições do ambiente terapêutico. Terceiro que apesar da estruturação das equipes de saúde mental preconizar a existência de todos esses profissionais expostos no § 2º, no manicômio judiciário a atuação dos mesmos fica extremamente comprometida, tendo em vista a pouca infraestrutura física e o grande montante de trabalho, pois em sua maioria, essas instituições estão superlotadas (CFP, 2015; DINIZ, 2013). E por último, porque apesar das inspeções, pesquisa e relatórios feitos no MJ, a fim de esclarecer a necessidade de alterar a realidade vivida pelos presos-pacientes, essa instituição ainda faz uso de muitas características asilares, principalmente, quando pensamos na longa permanência desses indivíduos, ocasionando uma profunda dependência institucional.

Em consonância com a realidade, o artigo 5º dispõe sobre o dever do Estado em criar política pública específica em relação aos pacientes que se encontram institucionalizados, por passarem longo tempo hospitalizado ou não terem suporte social. No manicômio judiciário, o tempo de permanência, segundo parágrafo 1º do artigo 97 do CP (BRASIL, 1940), deve ser de no mínimo de 1 a 3 anos. Ou seja, pelo menos durante esse período mínimo, o indivíduo será retirado do convívio da família e será inserido em uma nova rotina, com costumes e normas diferentes. Isso quer dizer que os papéis vividos por ele são sobrepostos por um novo contexto – ou seja, mortificados –, no qual ele deverá se habituar às novas relações, a fim de que possa se adaptar a instituição total, que, por sua vez, serve como mediador único entre os dois mundos, intra e extramuros (GOFFMAN, 2010).

O artigo 6º, que fala sobre a condição necessária para a internação e esclarece sua tipologia, é fundamental para discutirmos o lugar central do médico, como autoridade sobre as decisões tomadas sob o indivíduo, em virtude da exclusividade conferida ao laudo médico para a justificativa da internação. Essa condição deveria ser realidade no MJ, uma vez que a medida de segurança é interpretada como uma internação psiquiátrica compulsória (IPC), o

que implica dizer que mesmo diante da decisão do Juiz pela medida de segurança, é o laudo que expressa a sua real necessidade. Em contrapartida, não é isso que a minha experiência, na extensão da Liga Acadêmica Maranhense de Psiquiatria e Saúde Mental (LAMP), diz, pois alguns pacientes são liberados, mediante a decisão da justiça, mesmo sem liberação médica, assim como a existência de altas médicas, mas sem a liberação jurídica. Essa realidade é substancializada no relatório do CFP (2015) e no censo da população em cumprimento de medida de segurança (DINIZ, 2013), que revelam a existência de um grande número de indivíduos vivendo ainda em reclusão, mesmo com possibilidade de soltura, já que foi atestada sua cessação de periculosidade.

Mas pelo quê esses indivíduos permanecem reclusos? Compreendo que da mesma forma que o manicômio era um produto de interesses de várias forças sociais, como apontado por Foucault (1978), o MJ é sustentado pelo interesse jurídico e social, até mesmo estatal, de segregar e excluir do convívio social cotidiano, em razão da dificuldade de prever as consequências da soltura dos pacientes judiciários. Esse entrave é explicado pela necessidade de atestar a cessação de periculosidade dos pacientes, que cumprem medida de segurança, como um pré-requisito para a liberação dos mesmos. No entanto, a noção de periculosidade é flutuante, pois parte de uma direta interpretação do Juiz, apesar do atestado médico, como já dito.

Ademais, a RP ganha força pelas diversas portarias, leis e políticas, como a da Política Nacional de Humanização, que segundo Yasui (2015), possuem características semelhantes, por promover a dignificação da pessoa humana, independentemente, de sua condição e, assim, contribuem para a propagação de novas práticas em saúde. Portanto, diante das reorientações substancializadas por essas políticas e leis, que se levanta o questionamento: É possível a implantação da reforma psiquiátrica nesse ambiente de realidade manicomial? Em vista de programas exitosos como o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) e o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) conclui-se que sim.

Esses programas expressam que a presença dos setores da saúde e da justiça, que antes eram considerados causas de entraves nessa instituição, podem ser transformados em agentes propulsores de mudança, quando há o entrelace das forças de cada um. É isso que é observado nos programas citados, visto que ambos são criados por instituições jurídicas, mas que em associação com as representações estatais na área da saúde, puderam construir um novo paradigma de cuidado a essa população (BRISSET-BARROS, 2010; MPF/GO, 2009; SILVA, 2010). Os programas conseguem implantar as prerrogativas da Lei da Reforma Psiquiátrica, como priorizar o laudo médico, como diretriz de orientação do tipo de medida de

segurança, prevista no Art. 6º (*caput*). Assim como a preferência pelo tratamento na rede de assistência em saúde mental (Art. 4º, *caput*), com a devida manutenção do contato com os familiares (Art. 4º, § 1º).

Logo, o que se conclui é que apesar dos manicômios judiciais serem, de modo geral, inalcançados pela Reforma Psiquiátrica, os programas explicitam que é possível encontrar avanços nessa área, tendo em vista a implementação de propostas que consideram a pessoa com transtorno mental um cidadão de direito, respeitado em suas singularidades e que é acompanhado em sua integralidade. As limitações, por sua vez, ainda se fazem presente no cotidiano da maioria das instituições para execução de medida de segurança no Brasil, que indica a necessidade de elaborar mais projetos exitosos, como esse apresentado nessa pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou contribuir com a comunidade acadêmica e geral, por meio das discussões acerca do tratamento do paciente judiciário no Brasil diante da Lei da Reforma Psiquiátrica. Por ter influências de vários setores da sociedade e diversos campos do saber, a presente discussão não se encerra aqui.

De forma específica, buscou-se caracterizar, a partir dos dados bibliográficos levantados, a história da loucura no mundo, o processo de Reforma Psiquiátrica (RP) e a existência do manicômio judiciário no Brasil. Diante disso, constatou-se que a loucura foi rechaçada ao manicômio durante muitos anos, devido o imaginário social de que ela era perigosa e assustadora. Permitiu, assim, que o louco fosse excluído, violentado e morto durante sua estadia nessa instituição, que foi criada para retirar o louco do convívio social e moralizá-lo, correspondendo aos interesses da classe dominante.

Em face da postura opressora e desumana dessas instituições, os movimentos contrários surgiram no horizonte social, a partir da década de 70, como, por exemplo, a reforma psiquiátrica, que tinha por objetivo a transformação prática, teórica, cultural e social do cotidiano das instituições manicomiais. Após anos de luta e construção de um projeto de mudança, no ano de 2001 é promulgada a Lei nº 10.216, que redireciona o tratamento o modelo assistencial em saúde mental e estabelece a proteção social da pessoa com transtorno mental.

No entanto, a nova realidade encontra dificuldade de adentrar os portões dos manicômios judiciários, que são instituições específicas para o cumprimento da medida de segurança – na tipologia de internação. Criadas, no Brasil, logo no início do século XX, esses estabelecimentos são sinônimos de abandono e precariedade ainda hoje, pois, em sua maioria, assemelham-se as prisões, apesar de receberem pessoas em sofrimento psíquico.

Ademais, o outro objetivo específico é conhecer o tratamento proposto pela RP, através da Lei nº 10.216, de 2001. A mesma aponta à necessária existência de serviços extra-hospitalares e de base comunitária, com uma equipe de saúde ampla e que deve pautar sua atuação a partir dos direitos conferidos as pessoas com transtorno mental. Além disso, regulamenta a internação, independentemente de sua tipologia, incluindo assim as internações compulsórias, nas quais se enquadram as medidas de segurança.

Esta por sua vez, é conferida aos indivíduos com transtorno mental e que estão em conflito com a lei, podendo ser realizada no modelo de internação ou de tratamento ambulatorial. São regulamentadas pela Lei de Execução Penal e pelo Código Penal, sendo

determinadas por juízes, que encaminham aos manicômios judiciários e a partir do laudo médico podem decidir por uma das duas modalidades. A manutenção da decisão judicial é substancializada pela noção de periculosidade, que é um conceito impreciso, haja vista a influência pessoal na determinação do que é perigoso ou não.

E, de modo geral, objetivou-se analisar a existência de avanços e limitações no tratamento do paciente judiciário após a Reforma Psiquiátrica, que tem como marco a Lei nº 10.216. Nesse sentido, foi possível observar a coexistência de práticas e realidades limitantes, bem como de avanços, tendo em vista que os relatórios e inspeções demonstram o abandono vivido pelos presos-pacientes, que sobrevivem em ambientes insalubres, no quesito físico e terapêutico. Mas, algumas experiências se destacam, como o PAILI e PAI-PJ, que demonstram possibilidade de implementar as prerrogativas da reforma psiquiátrica no cuidado do paciente judiciário, quando as instituições que tutelam esse indivíduo unem forças.

Portanto, em face das conclusões apresentadas no presente trabalho, compreende-se que o manicômio judiciário é um objeto de estudo rico, que requer pesquisas de campo para mostrar o cotidiano desse tratamento, bem como de outros aspectos que ali emergem. Além de demonstrar que os direitos que foram conquistados a preço de muitas lutas, devem ser sustentados com um posicionamento crítico diante dos atuais desmontes e prática profissionais, haja vista o caráter ético dessa luta política.

REFERÊNCIA

ALMEIDA, L. G. **Medida de segurança e reforma psiquiátrica**: a desconstrução do modelo penal-psiquiátrico do asilamento como alternativa à inclusão social do sujeito inimputável. 2018. 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Jurídica)- Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual do Norte do Paraná, Jacarezinho, 2018.

ALVES, C.F.O. et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**. 72 (1), p. 85-96, jan./mar. 2009.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2ª ed, 1998.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 3ª ed. 2007.

_____.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.23, n.6, p.2067-2074. ISSN 1413-8123. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>> Acesso em 09 de junho de 2019.

ANDRADE, C. C.; HOLANDA, A. F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. **Estud Psicol**. Campinas, 27(2), p. 259-268, 2010.

BARROS-BRISSET, F. O. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BEZERRA JR., B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev Saude Colet.**; 17(2): p. 243-250. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>> Acesso em 27 de novembro de 2019.

BITENCOURT, C. R. **Tratado de direito penal, volume 1**: parte geral – 14. Ed — São Paulo : Saraiva, 2009.

BRASIL. **Código Penal**. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em 02 de dezembro de 2019.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 26 de novembro de 2019.

_____. **Lei de Execução Penal**. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm> Acesso em 02 de dezembro de 2019.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília, DF, 2001, p. 2. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso em 18 de novembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **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: Organização Pan Americana de Saúde; 2005. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> acesso em: 13 de Junho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciários**: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus 208.336-SP**. Penal. Inimputável. Aplicação de medida de segurança. 20 mar. 2012. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/jsp/revista/abreDocumento.jsp?componente=ATC&sequencial=20704100&num_registro=201101250545&data=20120329&tipo=5&formato=PDF>. Acesso em: 11 nov. 2012.

BRITTO, R. C. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01**. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. 2004. 214 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CAPONI, S. Michel Foucault e persistência do poder psiquiátrico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 95-103, fev. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 de junho de 2019.

CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-19, abr. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822010000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 jun. 2019.

CARVALHO, S.; WEIGERT, M. A. B. Reflexões iniciais sobre os impactos da lei 10.216/01 nos sistemas de responsabilização e de execução penal. **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 285-301, 2013.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, June 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 de Junho de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios: Relatório Brasil**. Brasília: CFP, 2015.

_____. **Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade**. Brasília: CFP, 2016.

CORREIA, L. C.; LIMA, I. M. S. O.; ALVES, V. S. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.9, pp.1995-2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/02.pdf>>. Acessado em 23 de dezembro de 2019.

DELGADO, P. G. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0020241, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 de junho de 2019.

_____. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, vol. 63, núm. 2, pp. 114-121, 2011.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011** [recurso eletrônico]. Brasília : Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013. Disponível em <

http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/custodia_tratamento_psiquiatico_no_brasil_censo2011.pdf> Acesso em 06 de novembro de 2019.

FIGUEIRÊDO, M. L.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências humanas e social**. Maceió, v. 2. n. 2, nov. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/1797>>. Acesso em 07 de novembro de 2019.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GIORGI, A. Método psicológico fenomenológico: alguns tópicos teóricos e práticos. **Educação**. Porto Alegre, Ano XXIV, n.º 43, p. 133-150. 2001.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 8ª ed. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Perspectiva, 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA, A. F. Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica brasileira. In: _____. (Org.). **(Re)pensando a saúde mental e os processos de Desinstitucionalização**. 1. Ed. Curitiba, Appris, 2018. p. 15-33.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE GOIÁS. Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). **Informações gerais sobre a implementação da reforma psiquiátrica na execução de medidas de segurança**. Goiás: Ministério Público do Estado de Goiás/Secretaria da Saúde do Estado de Goiás, 2009.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei n. 10.216/2001**. Edição revista e corrigida. Brasília, 2011.

NASCIMENTO, R. C. **Loucura e Cidadania: Avanços e Impasses da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 2009. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; LEME, F. R. G.; GODOY, K. R. G. O cuidado começa na escuta:: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. **Mental [online]**. vol.7, n.12, 2009, p. 119-138. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v7n12/v7n12a07.pdf>> Acesso em 20 de dezembro de 2019.

PACHECO, J. A. **O hospital de custódia e tratamento psiquiátrico**: revisão dos estudos brasileiros. 2011. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social)- Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília - DF, 2011.

PELBART, P. P. **Da clausura do fora ao fora da clausura**. São Paulo (SP): Brasiliense; 1989.

PRADO, A. M.; SCHINDLER, D. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**, v. 13, n. 2, 2017.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. da Saúde**, v.16, n.1, 2002.

RANIERI, L. P.; BARREIRA, C. R. A. **A entrevista fenomenológica**. Anais IV SIPEQ, Rio Claro, 2010.

REY, F. L. G. **Pesquisa qualitativa em Psicologia**: caminhos e desafios. Cengage Learning Edições LTDA, 2005.

SANTANA, A. F. F. A.; PEREIRA, M. O.; ALVES, M. O (des)preparo do hospital judiciário para a ressocialização: violação de direitos humanos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, e20170022, 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452017000300215&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 de julho de 2019.

SILVA, H. C. **Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança**. Goiânia: Escola Superior do Ministério Público do Estado de Goiás, 2009.

_____. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: A experiência goiana do Paili. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. 20(1): 112-115, 2010.

SILVA, J. D. G.; REINTGES, C. H.; ACIOLE, G. G. **Palestra**. [fev. 2012]. Discurso e poder na reforma psiquiátrica brasileira: uma análise sociocognitiva da lei federal nº 10.216/2001.

III Simpósio Nacional Discurso, Identidade e Sociedade: dilemas e desafios na contemporaneidade. 2012.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, jul-ago, 2005.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev. Tempus Actas Saude Colet.** 4(1):121-132, 2010.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 123-127, Mar. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Jun. 2019

SZASZ, T. **O mito da doença mental**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

TJDFT. **Reclusão x Detenção x Prisão Simples**. 2015. Disponível em: <<https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhaseprodutos/direitofacil/edicao-semanal/reclusao-x-detencao-x-prisao-simples>> Acessado em 23 de dezembro de 2019.

YASUI, S. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. In: BRASIL. **SAÚDE MENTAL**. Cadernos HumanizaSUS, v. 5, Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 14-22. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-5-saude-mental/>> Acesso em 25 de dezembro de 2019.

ZANARDO, G. L. P.; LEITE L. S.; CADONÁ E. Política de saúde mental no Brasil: reflexões a partir da lei 10.216 e da portaria 3.088. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.24, p.01-21, 2017.