



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



MIRELLE STÉPHANIE PEREIRA DOS SANTOS

**SAÚDE MENTAL E SISTEMA DE JUSTIÇA: o caso do HCTP de
Pernambuco**

Recife

2024

MIRELLE STÉPHANIE PEREIRA DOS SANTOS

**SAÚDE MENTAL E SISTEMA DE JUSTIÇA: o caso do HCTP de
Pernambuco**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC, do Departamento de Medicina Social, do Centro de Ciências da Saúde, na Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientadora: Dra. Raquel Santos de Oliveira.

Coorientadora: Dra. Heloisa Maria Mendonça Moraes.

Recife

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Santos, Mirelle Stéphanie Pereira dos.

Saúde mental e sistema de justiça: o caso do HCTP de Pernambuco / Mirelle Stéphanie Pereira dos Santos. - Recife, 2024.

159f.: il.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.

Orientação: Raquel Santos de Oliveira.

Coorientação: Heloisa Maria Mendonça Moraes.

1. Desinstitucionalização; 2. Saúde mental; 3. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco; 4. Sistema Único de Saúde; 5. Sistema de justiça. I. Oliveira, Raquel Santos de. II. Moraes, Heloisa Maria Mendonça. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

Mirelle Stéphanie Pereira dos Santos

**SAÚDE MENTAL E SISTEMA DE JUSTIÇA: o caso do HCTP de
Pernambuco**

Aprovada em: 13 de dezembro de 2024.

Banca Examinadora:

Doutora Raquel Santos de Oliveira

Doutor José Arturo Costa Escobar

Doutora Ludmila Cerqueira Correia

Recife

2024

Dedico este trabalho à ansiedade e à depressão que, a cada segundo, de cada dia, tentaram me convencer que eu não conseguiria. Felizmente, estavam erradas.

AGRADECIMENTOS

A aventura do mestrado foi, sem dúvidas, a experiência mais difícil e gratificante da minha vida. É difícil expressar a emoção e os sentimentos que foram construídos no decorrer desses últimos anos. Cada sorriso, cada lágrima, me fizeram chegar a este momento.

Primeiramente eu gostaria de agradecer à minha família que, em meio ao turbilhão que estava nossas vidas, me apoiou e incentivou a tentar este mestrado. Agradeço à minha mãe que sempre disse que eu conseguiria passar na seleção do mestrado, mesmo eu com medo e insegura, ela me incentivou a tentar, e como coração de mãe não erra, eu entrei. Obrigada, eu te amo!

No decorrer do curso eu descobri que mais difícil que entrar, era permanecer. Assim, eu quero agradecer a todo corpo docente do PPGSC, à coordenação e a Afonso, que me acolheram, mesmo em meus momentos de fragilidade e de dúvidas se a universidade era ou não meu lugar, me mostraram que o que forma o curso não é só saber técnico, mas é empatia, generosidade, solidariedade, altruísmo. Obrigada a todos!

Quero agradecer à minha orientadora, Raquel Oliveira, que desde o começo esteve lado a lado comigo, me dando a mão e seus conhecimentos, me incentivando a continuar, mesmo quando eu perdia as esperanças. Lutando por mim, me defendendo. Me puxando de volta ao eixo quando eu me perdia, e me apoiando quando eu quis ir além. Muito obrigada por tudo, não tenho palavras para agradecer.

Quero fazer um agradecimento aos meus colegas de mestrado, vocês tornaram meus dias mais divertidos e o processo mais leve. Em especial, eu gostaria de agradecer a Victor, Bianca, Heloneida, por estarem comigo sempre, vocês são luz. Luiz Valério, meu irmão, você é aquele tipo de pessoa que é impossível não ser notada, você tem um poder, uma energia, um centro gravitacional próprio que atrai a todos ao teu redor. Você me inspira a tirar o melhor de mim e a não me deixar abater, obrigada por estar comigo e me mostrar a minha potência.

Por fim, eu quero agradecer ao meu companheiro, Aramins. Meu amor, nos conhecemos e casamos no decorrer do mestrado. Você que viu cada sorriso, que escutou noites a dentro eu defender a desinstitucionalização no teu ouvido, que já decorou cada ponto, cada vírgula de tanto que eu digo: “Amor, lê aqui pra mim, quero ouvir na tua voz pra ver se tá bom”. Você que consolou cada lágrima e que quando eu ficava sem fôlego me lembrou de

respirar. Você que me acompanhou em cada entrevista, me apoiou, foi meu suporte, quem me deu forças quando eu estava fraca, mas que estava lá comigo e comemorou cada conquista. Você que foi comigo ao presídio, às salas escuras da biblioteca pública à noite, que me levou ao psiquiatra (por que cuidar da saúde mental é importante), você quem foi ao céu e ao inferno comigo. Eu te amo infinitamente.

Como pessoas, não mais como corpos sem palavras, eles, que foram chamados de “doidos”,
denunciam a loucura dos “normais”.

(Arbex, 2019)

O louco é punido não pelas condutas que praticou, mas pelas crueldades futuras que as mentes
dos normais imaginam que um dia ele possa praticar.

(Mattos, 2006)

RESUMO

Esta pesquisa encontra-se na interface entre saúde e justiça, cujo objeto de estudo foi o processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Desde o século XIX, inúmeras evidências, em âmbito nacional e internacional, revelaram situações de violência e de tratamentos inumanos realizados nos hospitais psiquiátricos. No Brasil, o Manicômio Judiciário, criado em 1921, renomeado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), é a instituição responsável pelo tratamento da pessoa com transtorno mental que está em conflito com a lei. A partir da década de 1970, emerge uma corrente de pensamento, em âmbito internacional e nacional, questionando o modelo manicomial oferecido pelo Poder Público. No Brasil, o processo de desinstitucionalização para as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei foi tardio, tendo iniciado com a promulgação da Lei nº 10.216/01 e a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com os serviços substitutivos. Em 2023 o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) publicou a Resolução nº 487, que estabeleceu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e determinou o fechamento dos HCTPs em todo o país. Este estudo objetivou analisar os avanços e entraves para o processo de desinstitucionalização do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco, considerando as estratégias do Sistema de Saúde e do Sistema de Justiça. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, a partir de desenho de estudo de caso que buscou ampliar a sua validação interna com a utilização de distintas fontes de informações, quais sejam, as leis e normativas, bem como entrevistas semiestruturadas com representantes dos Sistemas de Saúde e Justiça. Considerando a natureza do objeto investigado e os pressupostos da abordagem qualitativa, a análise dos dados esteve filiada ao paradigma interpretativo mediante a técnica de Análise de Conteúdo de tipo temática. Os resultados da pesquisa revelam que ambos os sistemas do Estado vêm promovendo estratégias de desinstitucionalização. Entre elas, destaca-se a constituição de um Comitê Interinstitucional para o Monitoramento da Política Antimanicomial. A partir da criação desse Comitê e alinhado às diretrizes do CNJ, foi lançado, em 2023, o Programa Integrado de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Estado de Pernambuco (PAT-PE), com a definição dos fluxos processuais e da Rede de Serviços Substitutivos, a fim de guiar os magistrados sobre as possibilidades de cuidado de base territorial. No ano de 2024, a 1ª Vara de Execuções Penais do Estado de Pernambuco lançou a Portaria 001/2024 decretando o fechamento da porta de entrada do HCTP e a desinstitucionalização de todos internos. Apesar da promulgação desses importantes marcos regulatórios, o processo de desinstitucionalização vem enfrentado dificuldades mediante a morosidade dos processos judiciais; o desconhecimento dos serviços da rede substitutiva pelos representantes do Sistema de Justiça; e, sobretudo, a insuficiência da capacidade instalada da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para acolher a demanda desses egressos, considerando-se a condição recorrente de rompimento dos laços familiares para o retorno ao lar e a insuficiência dos Serviços de Residência Terapêutica. Representantes de ambos os sistemas ressaltaram que o HCTP é uma unidade prisional, e como tal é incapaz de ofertar cuidado em saúde, constituindo-se, inclusive, em fator de adoecimento, pela cronificação dos transtornos mentais devido ao isolamento. Frente aos resultados observados, compreende-se que o processo de desinstitucionalização depende da ampliação e qualificação da RAPS, considerando o contexto de subfinanciamento e desmonte das políticas de saúde.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Saúde Mental. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco. Sistema Único de Saúde. Sistema de Justiça.

ABSTRACT

This research is located at the interface between health and justice, and its object of study was the process of deinstitutionalization of people with mental disorders in conflict with the law. Since the 19th century, numerous pieces of evidence, both nationally and internationally, have revealed situations of violence and inhumane treatment carried out in psychiatric hospitals. In Brazil, the Forensic Asylum, created in 1921 and renamed the Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), is the institution responsible for the treatment of people with mental disorders who are in conflict with the law. From the 1970s onwards, a school of thought emerged, both internationally and nationally, questioning the asylum model offered by the Government. In Brazil, the process of deinstitutionalization for people with mental disorders in conflict with the law was late, having begun with the enactment of Law No. 10.216/01 and the creation of the Psychosocial Care Network (RAPS) with substitute services. In 2023, the National Council of Justice (CNJ) published Resolution No. 487, which established the Judiciary's Anti-Asylum Policy and determined the closure of HCTPs throughout the country. This study aimed to analyze the advances and obstacles to the deinstitutionalization process of the Pernambuco Psychiatric Custody and Treatment Hospital, considering the strategies of the Health System and the Justice System. This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, based on a case study design that sought to expand its internal validation with the use of different sources of information, namely, laws and regulations, as well as semi-structured interviews with representatives of the Health and Justice Systems. Considering the nature of the object investigated and the assumptions of the qualitative approach, data analysis was affiliated with the interpretative paradigm through the thematic Content Analysis technique. The research results reveal that both State systems have been promoting deinstitutionalization strategies. Among them, the creation of an Interinstitutional Committee for Monitoring the Anti-Asylum Policy stands out. Following the creation of this Committee and in line with the guidelines of the CNJ, the Integrated Program for Care for People with Mental Disorders in Conflict with the Law in the State of Pernambuco (PAT-PE) was launched in 2023, defining the procedural flows and the Network of Substitute Services, in order to guide judges on the possibilities of territorially based care. In 2024, the 1st Criminal Enforcement Court of the State of Pernambuco issued Ordinance 001/2024 decreeing the closure of the HCTP entrance door and the deinstitutionalization of all inmates. Despite the enactment of these important regulatory milestones, the deinstitutionalization process has faced difficulties due to the slowness of judicial processes; the lack of knowledge of the services of the substitute network by representatives of the Justice System; and, above all, the insufficient installed capacity of the Psychosocial Care Network (RAPS) to accommodate the demand of these ex-prisoners, considering the recurring condition of breaking family ties to return home and the insufficiency of Therapeutic Residence Services. Representatives of both systems emphasized that the HCTP is a prison unit, and as such is incapable of offering health care, even constituting a factor of illness, due to the chronicity of mental disorders due to isolation. In view of the results observed, it is understood that the deinstitutionalization process depends on the expansion and qualification of the RAPS, considering the context of underfunding and dismantling of health policies.

Key words: Deinstitutionalization. Mental Health. Pernambuco Psychiatric Custody and Treatment Hospital. Unified Health System

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Navio dos loucos, de Hieronymus Bosch, 1495	32
Figura 2	Quadro “Pinel libertando das correntes os alienados de Bicêtre”, de Charles Muller	39
Figura 3	Da esquerda para a direita: Franco Basaglia, Franca Ongaro Basaglia e Franco Rotelli	50
Figura 4	Internos da Colônia de Barbacena, na década de 1960.	65
Figura 5	Componentes da RAPS	71
Figura 6	Articulação centrada no CAPS	75
Figura 7	À esquerda Cella do CSP, e à direita banheiro da cela de pavilhão masculino CSP	104
Figura 8	Fluxos na Audiência de Custódia	119
Figura 9	Fluxos Prisão Provisória	122
Figura 10	Fluxos na Medida de Segurança	126

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Relação de entrevistados	27
Quadro 2	Tipologias dos CAPS	73
Quadro 3	Comparativo das estratégias de desinstitucionalização de HCTP, segundo Desinstitute (2023), e as estratégias executadas no Estado de Pernambuco.	96
Quadro 4	Informações gerais do CSP	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Situação da população em MS por sexo dos ECTPs	84
Tabela 2	Quantidade de internos no HCTP de Pernambuco (2005-2022)	99
Tabela 3	População do CSP em 2022	100
Tabela 4	Perfil da população do HCTP em 2011	102
Tabela 5	Perfil da população do CSP em 2022	102
Tabela 6	Perfil de grupos historicamente vulnerabilizados no CSP em 2022	103
Tabela 7	Casos de doenças transmissíveis no HCTP/PE nos últimos 5 anos	105
Tabela 8	Despesa Total mês/ano do HCTP/PE 2020-2024	109
Tabela 9	Quantidade de equipamentos da RAPS Pernambuco (2023)	129
Tabela 10	Diagnóstico da população em MS sem conversão de pena por sexo dos ECTPs	141

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Análise de Conteúdo
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
APS	Atenção Primária em Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CASE	Centro de Atendimento Socioeducativo
CCJ	Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIPMPA	Comitê Interinstitucional Pernambucano de Monitoramento da Política Antimanicomial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CME	Central de Material Esterilizado
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Código Penal
CREMEPE	Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco
CRM	Conselho Regional de Medicina

CSP	Centro de Saúde Penitenciário
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DEPOL	Delegacia de Polícia
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta revisão
ECTP	Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
EAP	Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei
ESMAPE	Escola Judicial de Pernambuco
ESMP	Escola Superior do Ministério Público de Pernambuco
ESPPE	Escola Superior da Defensoria Pública de Pernambuco e a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco
GASAM	Gerência de Atenção à Saúde Mental
HC-UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HUP	Hospital Ulysses Pernambuco
IML	Instituto Médico Legal
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
LEP	Lei de Execução Penal
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MAC	Média e Alta Complexidade
MDS	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
MJ	Ministério da Justiça
MJHC	Manicômio Judiciário Heitor Carrilho
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MPE	Ministério Público Estadual
MPF	Ministério Público Federal
MPPE	Ministério Público de Pernambuco
MS	Medida de Segurança
MS	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Trabalho
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
PAT-PE	Programa Integrado de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em

	Conflito com a Lei no Estado de Pernambuco
PDL	Projeto de Decreto Legislativo
PFDC- MPF	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – Ministério Público Federal
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PPL	Pessoa Privada de Liberdade
PTI	Projeto Terapêutico Institucional
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RP	Reforma Psiquiátrica
SEAP	Secretaria
SEPLAG	Secretaria de Planejamento e Gestão
SERES	Secretaria Executiva de Ressocialização
SISDEPEN	Sistema de Informações do Departamento Penitenciário
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios.
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UAij	Unidade de Acolhimento infanto-juvenil
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
VEP	Vara de Execução Penal
VEPEMA	Vara de Execuções Penais e Medidas Alternativas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	23
2.1 DEFINIÇÃO DOS PARTICIPANTES E ASPECTOS ÉTICOS	24
2.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	28
2.3 CRONOGRAMA	Error! Indicador Não Definido .
3 REFERENCIAL TEÓRICO	29
3.1 BREVE DEBATE SOBRE A HISTÓRIA DA LOUCURA E DO MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA	29
3.1.1 Movimento da Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização: as novas estratégias de cuidado	47
3.1.2 Breve discussão histórica sobre a pessoa com transtorno mental no Brasil.....	55
3.2 PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI: ASPECTOS LEGAIS	77
3.2.1 Política Antimanicomial do Poder Judiciário	89
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	96
4.1 TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O HCTP DE PERNAMBUCO	97
4.2 ANÁLISE DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS INTERNOS DO HCTP: TENDÊNCIAS E RESISTÊNCIAS	113
4.2.1 Análise dos mecanismos de desinstitucionalização	127
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
REFERÊNCIAS	151

1 INTRODUÇÃO

Nos preceitos da Constituição Federal de 1988 a saúde é um dever do Estado e deve ser garantida mediante políticas públicas de caráter universal e igualitário. Entretanto, apesar deste mesmo documento afirmar que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”, art. 5º (Brasil, 1988), há uma histórica segregação social permeada pela contradição entre promoção de saúde e o direito penal. Em referência a isto, destaca-se que a saúde mental se encarrega, desde início dos anos 2000 com a promulgação da Lei nº 10.216/01, do cuidado de base territorial e da superação do modelo asilar. Em oposição, o direito penal, está baseado na ideia de segurança pública, o qual estabelece a internação como modalidade de tratamento principal.

A “pessoa com transtorno mental”¹ já foi designada de louca, anormal, portadora de enfermidade mental, portador de transtorno mental, sofredor psíquico, doente mental, pessoas especiais, pessoas de discernimento reduzido, retardado, dentre tantas outras denominações, todas expressões que destacam a doença em detrimento do indivíduo (MPF, 2011). O tratado à loucura, personificada a partir do século XIX de “doença mental”, foi multifacetado, mas a regra geral foi a internação (Foucault, 1986).

De acordo com Amarante (1996), assim como os “loucos” ao longo do tempo receberam diferentes denominações, o mesmo ocorreu com seus “abrigos”, que já foram chamados de hospitais, manicômios, hospícios, asilos, sanatórios, colônias e etc.; mas que retratam a mesma configuração de uma Instituição Total, como nomeou Goffman (2010), aqueles estabelecimentos que simbólica ou estruturalmente criam barreiras que cerram o contato com o mundo exterior e internamente promovem uma “mortificação do eu”.

Tal situação de segregação se agrava quando da realização de um ato ilícito e a pessoa com transtorno mental torna-se “pessoa em conflito com a lei”. Tais pessoas, outrora denominadas de “louco infrator”, carregam o peso de uma dupla estigmatização e uma dupla segregação, o aprisionamento da loucura dentro das paredes asilares e o aprisionamento do criminoso nas prisões. O local de aprisionamento dessa “loucura criminosa”, no Brasil, é o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), uma unidade de “saúde” inserida na lei penal e no sistema penitenciário.

¹ Além de “pessoa com transtorno mental”, outra expressão que pode ser utilizada é “pessoa em sofrimento psíquico”, tendo em vista “incluir uma parcela significativa da população que se encontra incapacitada de manter a sua rotina, mas não tem necessariamente um diagnóstico de transtorno mental, vendo-se, frequentemente, agravarem-se os problemas quando sistematicamente negligenciados” (MPF, 2011, p. 17-18).

O Código Penal (CP), Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940, estabelece como sanção penal para aqueles tidos como inimputáveis ou semi-imputáveis as Medidas de Segurança (MS) em HCTP. Estefam e Gonçalves (2016) apresentam que estas medidas se baseiam no caráter de periculosidade inerente ao transtorno mental e que por meio desta sanção o Estado possa garantir que esta pessoa não voltará a delinquir. Assim sendo, o Código Penal estabelece duas categorias de Medidas de Segurança: internamento ou tratamento ambulatorial, sendo a primeira opção maiormente deferida pelo judiciário (Porto, 2004).

Visto que a pessoa com transtorno mental é legalmente inimputável por não compreender o caráter ilícito de seu ato ou omissão, defende-se aqui que a mesma não deveria ser submetida ao mesmo resultado (aprisionamento) daqueles que conscientemente cometem crimes, contudo, segundo Mattos (2006) isto é o que tem sido praticado na realidade. Apesar de legalmente medida de segurança e pena serem sanções penais distintas, a internação para o primeiro caso e o aprisionamento no segundo caso não diferem em sua essência, configurando-se como espécies de reclusão social.

Estando inseridos na roda do Direito Penal, a lei que delimita a Medida de Segurança não estabelece tempo máximo de internamento, gerando o que muitos autores denominaram de prisões perpétuas brasileiras (Mattos, 2006; Diniz, 2013; Kolker, 2016; Amarante, 2023). A saída do internamento está condicionada ao laudo de verificação de cessação de periculosidade expedido por médico psiquiatra, situação que esbarra na escassez desta especialização no país e na doutrina médica que predominantemente ainda se baseia na cura de um transtorno mental crônico como pressuposto para concessão do laudo (Kolker, 2016)

Dentre outros fatos, rejeita-se, nesta pesquisa, a lógica medicalizante que baseia a legislação penal brasileira e que submete a “doença mental” ao conhecimento médico. Esta discussão acerca da medicalização excessiva da saúde mental foi uma das vertentes que estruturou a Reforma Psiquiátrica e que será tomada, neste trabalho, como referência. Sendo assim, enfatiza-se a necessidade de uma abordagem multidimensional que abarque outras áreas de conhecimento com equipes multidisciplinares.

Segundo Amarante (1996), a partir da década de 1970 emergiram no cenário internacional críticas ao tratamento asilar dado à pessoa com transtorno mental. No Brasil, tais críticas logo se aglomeraram no que se transformou no Movimento de Reforma Psiquiátrica (RP) e, posteriormente, no chamado Movimento de Luta Antimanicomial (MLA). Esse

movimento não critica apenas o tratamento dispensado, mas enfatiza a obsolescência do hospital psiquiátrico em sua estrutura asilar e excludente, prezando por uma reforma no cuidado, e na construção de alternativas e serviços substitutivos, processo esse que ficou conhecido como desinstitucionalização.

O Movimento encabeçado pelas elaborações e discussões do médico Franco Basaglia (Amarante, 1996) resultou no processo de desinstitucionalização na Itália, sendo uma inspiração no Brasil e no mundo. Naquele mesmo período efervescia, no Brasil, movimentos sociais contra a ditadura e a favor do povo brasileiro, que sofria com a repressão e perda de direitos, colocando-se em pauta, dentre outros temas, os hospitais psiquiátricos. Vale salientar que no período ditatorial houve um grande espraiamento do setor privado no país contando, inclusive, com a ampliação de leitos psiquiátricos (Amarante, 2012).

Não obstante, desinstitucionalização, na linha basagliana, não equivale apenas a desospitalização ou desmedicalização, mas uma mudança ideológica, de pensamento, de compreensão acerca da saúde mental, de novas estratégias de cuidado a partir da construção de uma rede substitutiva de acolhimento e acompanhamento de base territorial à pessoa com transtorno mental, incluindo aquelas que estão em conflito com a lei.

No Brasil, uma problemática referente à desinstitucionalização do hospital psiquiátrico é o HCTP. Apesar do nome “Hospital”, ele não está inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), mas compõe o Sistema Penitenciário, estando legalmente abarcado não pelas Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.192/90, mas pelo Código Penal e pela Lei de Execução Penal (LEP). Sendo assim, infere-se que um grande entrave no processo de desinstitucionalização do HCTP é o carácter punitivista, caracterizado pela lógica da reclusão, que ainda permeia parte do judiciário, somado com a escassez de interlocução com outros centros de saber, como as ciências sociais e humanas (Amarante, 1996).

Com o objetivo de direcionar uma política pública específica para a saúde mental, em 2001, por meio da Lei nº 10.216 foi alcançada a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que também ficou conhecida como Lei de Reforma Psiquiátrica e instituiu três tipos de internação: voluntária, com o consentimento do usuário; involuntária, sem o consentimento do indivíduo e a pedido de outrem; compulsória, determinada pela justiça (Brasil, 2001). No caso da internação compulsória, abre margem para a judicialização da saúde mental. Ou seja, apesar da conquista desta Lei ser um avanço do Movimento Antimanicomial, ainda abre margem para o internamento, embora sob critérios definidos.

No mais, a referida lei assume como direito o tratamento, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, art. 2º, IX (Brasil, 2001). A fim de viabilizar este direito, o Ministério da Saúde (MS) definiu através da Portaria nº 3.088/11 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Composta por serviços territoriais, também chamados de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, divide-se em componentes da atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

Cada componente da Raps é formado por uma série de equipamentos, destacando-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que matriciam o indivíduo com transtorno mental e articulam o cuidado com toda a rede de saúde. Salienta-se que tal matriciamento não deve ser confundido com a antiga lógica de tutela que permeia o HCTP, que abate a autonomia do indivíduo e o coloca de forma passiva às decisões do Estado. Mas, na lógica do matriciamento o usuário participa da construção de seu tratamento, além disso o CAPS compartilha a responsabilidade do tratamento com a sociedade e a família, além de trabalhar de forma articulada com outros serviços.

Nesta interface entre Saúde e Justiça, e visando o processo de desinstitucionalização do HCTP, é preciso compreender que “fazer saúde” engloba uma série de ações intersetoriais que movimentam os mais variados setores governamentais. Aplicando um recorte para a saúde mental, e afunilando ainda mais esta temática para as pessoas que possuem transtorno mental e que estão em conflito com a lei, há uma grande necessidade de intersetorialização entre saúde, justiça e assistência social. A saúde se encarrega do direito ao tratamento e ao cuidado, a justiça pelo julgamento do autor do crime cometido e a assistência social em garantir o acesso aos direitos sociais do indivíduo.

Todavia, o Ministério Público Federal (MPF) destaca que há uma “falta de políticas públicas intersetoriais voltadas para as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei” (MPF, 2011, p. 11). Tal cenário se evidenciava, à época, com o posicionamento majoritariamente antagônico entre as políticas de saúde, incluindo de saúde mental, e a legislação penal. Considerando que, enquanto os sanitaristas avançavam nos debates da desinstitucionalização, a legislação penal seguia piamente a linha punitivista e de encarceramento estabelecida no Código Penal de 1940.

Nas tentativas de alinhar os avanços do campo da saúde com as atualizações normativas do país, algumas conquistas devem ser registradas, tais como a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) (Brasil, 2014), que previa equipe de saúde, inclusive para o HCTP; e a Portaria do Ministério da Saúde nº 94/14 que criou a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP).

Neste contexto, a PNAISP fortaleceu o cuidado em saúde das pessoas privadas de liberdade, concedendo às unidades prisionais Equipes de Atenção Primária Prisional eAPP, compreendendo as necessidades de saúde específicas desta população. Em paralelo, a EAP é a grande responsável por elaborar a avaliação biopsicossocial que subsidia os magistrados em suas decisões judiciais acerca das pessoas com transtorno mental, além de terem papel importante no processo de “desinternação progressiva de pessoas que cumprem medidas de segurança” (Brasil, 2014).

Ademais, neste ínterim, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Conselho Nacional de Políticas Criminais e Penitenciárias (CNPCCP) estabeleceram Resoluções e Recomendações que buscavam orientar o judiciário no que tange aos direitos humanos, humanização, cumprimento das medidas de segurança e alinhamento à política antimanicomial estabelecida pela Lei nº 10.216 (CNPCCP, 2004, 2010; CNJ, 2010, 2011).

Seguindo esta tendência, em fevereiro de 2023, o Conselho Nacional de Justiça deflagrou a Resolução nº 487, que criou a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e determinou o fechamento de todos os HCTPs no prazo de um ano com a substituição por serviços territoriais, em consonância com a Lei nº 10.216/01 (CNJ, 2023).

Alinhado à política do CNJ, o Estado de Pernambuco, lançou, em 2023, o Programa Integrado de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Estado de Pernambuco (PAT-PE), com a definição dos fluxos processuais e da Rede de Serviços Substitutivos do Estado, a fim de guiar os magistrados em prol da Política Antimanicomial. Complementarmente, em janeiro de 2024, a 1ª Vara de Execuções Penais do Estado de Pernambuco lançou a Portaria 001/2024 determinando o fechamento da porta de entrada e a desinstitucionalização de todos internos, sendo um passo deveras importante para o processo de fechamento da unidade.

Sob a perspectiva da Luta Antimanicomial e guiado por uma proposta de desinstitucionalização do HCTP é que emerge este trabalho, sob o pressuposto de que a Rede

de Atenção Psicossocial (RAPS) deve ser o *locus* de tratamento e cuidado da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e que a existência do HCTP, configura-se, atualmente, como um equipamento inconstitucional e um aparelho de uma necropolítica² de Estado.

No mais, este trabalho aborda uma lacuna de conhecimento que é a escassez de análises acerca do processo de desinstitucionalização de HCTP no Estado de Pernambuco, atribuindo historicidade e crítica ao tratamento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Em Pernambuco há em funcionamento apenas um HCTP que atende homens e mulheres que cumprem medida de segurança, seja qual for a modalidade (internação ou tratamento ambulatorial).

Gerido pela Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SEAP), conta atualmente com cerca de cento e vinte e seis internos, numa estrutura física já declarada precária por inspeções do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e pelo Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE) (CFP, 2015; CREMEPE, 2017). Considerando as dificuldades apresentadas de desinstitucionalização do HCTP, por sua dupla personalidade (instituição de saúde e de justiça concomitantemente) e o arcabouço legal que o mantém, considera-se que ele pode ser, no momento, um dos grandes entraves do processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos no estado de Pernambuco.

A partir do que foi introduzido até aqui, estabelece-se como Objetivo Geral desta pesquisa: Analisar os avanços e entraves para o processo de desinstitucionalização do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco, considerando as estratégias utilizadas no âmbito do Sistema de Saúde e do Sistema de Justiça.

Dentre os objetivos específicos estão: 1) Contextualizar o papel do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco no âmbito dos Sistemas de Saúde e Justiça do Estado de Pernambuco; 2) Identificar os momentos do fluxo processual da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, a partir do que está definido no Programa Integrado de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Estado de Pernambuco (PAT-PE), tendo em vista o alcance da condição de desinstitucionalização; 3) Analisar as estratégias de desinstitucionalização que vêm sendo operacionalizadas no âmbito dos Sistemas de Saúde e Justiça no Estado de Pernambuco.

² Termo definido por Mbembe (2018), demonstra como o Estado utiliza de sua soberania para definir quem pode viver e quem deve morrer.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Considerando a natureza do objeto investigado, o estudo está amparado nos pressupostos da abordagem qualitativa, filiado ao paradigma interpretativo e, em seu interior, à tradição crítica (Bosi, 2021).

O paradigma interpretativo assume “realidades” como construções; significados negociados entre os atores implicados; presença criativa do pesquisador [...]; impossibilidade de neutralidade que se converte em reflexividade; articulação com contexto social e verdades [no plural] como aproximações” (Bosi, 2021, p. 117). E, *a posteriori*, a tradição crítica “lança mão de um arcabouço teórico no qual as relações de poder, estrutura de classes, conflitos de interesses, iniquidades são consideradas no interior do paradigma de pesquisa em que é empregado, não importando se trabalhamos com números ou linguagens/ discursos” (Bosi, 2021, p. 126).

E é com base neste paradigma interpretativo-crítico que se basearam as análises dessa investigação, buscando a interpretação histórica da construção de realidades em torno da “doença mental” e do “doente mental criminoso” e a crítica a ela vinculada, associando fatores como, interesses de mercado, estigmatização, exclusão social, e mais.

Enfatiza-se que “conhecer a criação das instituições médico-jurídicas e seus afeitos no campo da saúde mental nos remete à produção de saberes e novos poderes socialmente estendidos” (Santos; Farias, 2014, p. 518). Não se pretende aqui um aprofundamento no campo do Direito e no desenvolvimento de suas diversas teorias, mas um delineamento na compreensão sobre saúde mental, tanto na análise do estado da arte, quando da análise da legislação e das entrevistas realizadas com integrantes do Sistema de Justiça e de Saúde.

A pesquisa utilizou-se dos seguintes procedimentos metodológicos: 1) pesquisa documental: legislação acerca da Medida de Segurança e do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (leis, portarias, resoluções, recomendações), assim como dados secundários oriundos do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário (SISDEPEN) que apresenta os dados estatísticos do sistema penitenciário nacional; 2) Análise de Conteúdo oriunda de entrevistas realizadas com atores-chaves do Sistema de Justiça e do Sistema de Saúde no processo de desinstitucionalização dos HCTP de Pernambuco.

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, a partir de desenho de estudo de caso (Kvale, 1998; Gil, 2008), tendo em vista haver uma lacuna não explorada e desconhecida sobre o processo de desinstitucionalização do HCTP em Pernambuco. A desinstitucionalização é um tema permeado de estigmas e preconceitos do senso comum, e afloram-se ao tratar da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, onde surgem questionamentos não sobre a saúde do indivíduo, mas sobre a segurança pública. É preciso ir além do que está posto e buscar compreender o que envolve este processo específico de desinstitucionalização e as suas possíveis repercussões.

Foram utilizados, portanto, alguns instrumentos e técnicas para a “produção negociada de evidências”³ e sua posterior análise. Para o objetivo específico 1 (Contextualizar o papel do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco no âmbito dos Sistemas de Saúde e Justiça do Estado de Pernambuco), foram trabalhados os dados disponíveis no site do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário (SISDEPEN), do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), tais dados abertos foram comparados com relatórios de inspeções e informações obtidas através da realização de entrevistas com representantes do Sistema de Justiça e do Sistema de Saúde no Estado.

Para o objetivo específico 2 (Identificar os momentos do fluxo processual da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, a partir do que está definido no Programa Integrado de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Estado de Pernambuco (PAT-PE), tendo em vista o alcance da condição de desinstitucionalização), correlacionando este documento com o que fora apresentado pelos entrevistados.

Por fim, o objetivo específico 3 (Analisar as estratégias de desinstitucionalização que vêm sendo operacionalizadas no âmbito dos Sistemas de Saúde e Justiça no Estado de Pernambuco) foram analisadas as informações das entrevistas com representantes do Sistema de Justiça e do Sistema de Saúde, analisadas a partir da técnica de Análise de Conteúdo.

2.1 DEFINIÇÃO DOS PARTICIPANTES E ASPECTOS ÉTICOS

³ Termo utilizado por Maria Lúcia Magalhães Bosi em substituição do termo “coleta de dados”, tendo em vista que “na produção negociada de evidências - expressão que emprego em lugar de “coleta de dados”, por entender esta última, não obstante sua ampla utilização por parte de pesquisadores qualitativos, se revestir de acepções inadequadas às premissas do enfoque” (Bosi, 2012, p. 580). Não se pretende aqui simplesmente coletar dados, termo comum da pesquisa quantitativa, mas identificar na realidade as evidências que se relacionam com a teoria e com a discussão proposta.

As entrevistas foram realizadas com 06 (seis) representantes do Sistema de Justiça e do Sistema de Saúde no Estado de Pernambuco. No âmbito da saúde, foi entrevistado o coordenador da Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASAM) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), assim como a coordenadora da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP). Já no âmbito do Sistema de Justiça, foram entrevistados um juiz do Tribunal de Justiça de Pernambuco, uma promotora de justiça e uma corregedora do Ministério Público de Pernambuco, e a gestão do HCTP.

Dentre os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa, destacam-se: 1) No Sistema de Saúde: quem está como responsável pela política de saúde mental e pela EAP no Estado de Pernambuco; 2) Quem esteja trabalhando diretamente com casos ligados ao HCTP e com o processo de desinstitucionalização; 3) Para ambas as situações foi levado em consideração o tempo de experiência do (a) entrevistado (a) com o tema.

Aceitando conceder a entrevista, houve assinatura do Registro do Consentimento Livre e Esclarecido. No referido documento, destaca-se a solicitação da autorização da gravação e divulgação, estando o participante livre para escolher dentre as seguintes opções: “Sim, eu autorizo a gravação e/ou divulgação da minha imagem e/ou voz”; “Não, eu não autorizo a gravação e/ou divulgação da minha imagem e/ou voz”; “Sim, eu autorizo a gravação, mas não a divulgação de minha imagem e/ou voz”.

A realização da presente pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 ou 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

- Riscos: Por se tratar de entrevista, os riscos relacionados dizem respeito à identificação do (a) entrevistado (a) por parte do leitor em caso de acesso ao *site* do órgão ao qual trabalha, para minimizar os riscos será utilizado um código que representará o nome do (a) entrevistado (a); Constrangimento ou sensibilização ao discorrer sobre o tema, neste caso, o (a) entrevistado (a) pode se abster de responder ou uma pausa para se recompor.
- Benefícios: A pesquisa não prevê benefícios diretos para o (a) entrevistado (a), mas benefícios indiretos para a população geral com a identificação do que pode cooperar com a garantia de direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no

Estado de Pernambuco.

- **Armazenamento dos dados coletados:** Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas, gravações), estão armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal da pesquisadora (Mirelle Stéphanie Pereira dos Santos) assim como em cópia de segurança no drive do e-mail institucional (mirelle.stephanie@ufpe.br), sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço Rua Poranga, 71, Vila Dois Carneiros, Jaboatão dos Guararapes/PE, CEP: 54.280-732, pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa.

O projeto foi submetido⁴ ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco, e encaminhado para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sendo aprovado em 15 de julho de 2024, através do parecer nº 6.944.224.

Todas as entrevistas foram semiestruturadas para possibilitar a maior flexibilização na aquisição de informações, seguindo os roteiros. Todas as entrevistas foram realizadas no turno da manhã e registradas através de gravação de voz e transcritas pela autora para posterior análise. Salientam-se algumas especificidades que ocorreram na realização das entrevistas, a saber: 1) GASAM e EAP: as entrevistas foram realizadas na Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, em sala fechada, apenas com a entrevistadora e o entrevistado; 2) MPPE 2: a entrevista foi realizada no Ministério Público de Pernambuco, em sala fechada, apenas com a entrevistadora e a entrevistada; 3) Juiz: o mesmo agendou data, horário e local, sendo em um evento estadual para juízes, no Fórum Desembargador Rodolfo Aureliano, ele se ausentou do evento para conceder a entrevista, que foi realizada em uma sala de uso comum (copa) do evento, devido ao horário (manhã), estava vazia, adentrando pessoas apenas ao final da entrevista; 4) MPPE 1: a mesma estava de férias e solicitou a entrevista via *Google Meet*, contudo, tanto a entrevistadora quanto a entrevistada estavam em salas privadas, sem a interferência de terceiros; 5) a gestão do HCTP aceitou conceder a entrevista, mas com as condicionalidade de ser realizada dentro do HCTP, não foi permitido gravação, apenas a escrita manual dos diálogos, no momento ela estava entregando doações que haviam chegado e estava um pouco dispersa. O Quadro 1 apresenta o perfil dos entrevistados.

⁴ CAAE: 78094324.0.0000.5208

Quadro 1: Relação de entrevistados

ORIGEM DO (A) ENTREVISTADO (A)	FUNÇÃO	DESCRIÇÃO	CÓDIGO DO (A) ENTREVISTADO (A)
Tribunal de Justiça de Pernambuco	1) Juiz de Direito da Capital; 2) Juiz assessor especial da Corregedoria Geral de Justiça.; 3) Compõe o Comitê Interinstitucional	Juiz há 19 anos, trabalhou por muitos anos na Vara Criminal de Abreu e Lima, onde se localiza atualmente o CSP, lidando com os casos de pessoas com incidente de insanidade mental.	TJPE
Ministério Público de Pernambuco	1) Promotora; 2) Compõe o Comitê Interinstitucional	Promotora há 24 anos, acompanha o HCTP desde 2015, ainda que atualmente esteja em outra promotoria, ela foi designada para representar o MPPE no Comitê Interinstitucional.	MPPE 1
Ministério Público de Pernambuco	1) Promotora;	Promotora de saúde desde 2000, onde ficou por 21 anos. Acompanhou o processo de desinstitucionalização de muitos hospitais psiquiátricos em Pernambuco e participou dos debates e monitoramento do HCTP. Atualmente é Corregedora.	MPPE 2
Gerência de Atenção à Saúde Mental	1) Coordenador da Política de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde 2) Compõe o Comitê Interinstitucional	Assistente social, mestre em Serviço Social. Atua como assistente social em CAPS, além de estar na coordenação da GASAM há mais de 1 ano.	GASAM
Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei	1) Coordenadora da EAP 2) Compõe o Comitê Interinstitucional	Médica psiquiatra há 31 anos. Assumiu a coordenação da EAP em 2021.	EAP
Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização	1) Gestora do HCTP desde 2024 2) Compõe o Comitê Interinstitucional	Policial penal há 13 anos. Graduada em matemática.	SEAP

Fonte: Elaboração própria (2024)

A amostra foi definida como intencional, conforme delimita Martínez-Salgado (2021, p. 182):

[...] se se considerar que uma boa amostragem neste território é aquela que responde aos requisitos apresentados pelo tema em estudo e pelas perguntas de pesquisa, ficará evidente que isso não dependerá de quantos são, mas do que ou quem são aqueles que devem ser incluídos, pois o que interessa aqui é como os potenciais participantes se posicionam em relação ao assunto que está sendo indagado, o que sabem a respeito, o que são capazes de comunicar e até onde estão dispostos a fazê-lo. (Martínez-Salgado, 2021, p. 182)

Assim, não há um enfoque de amostra quantitativa, o foco será o potencial dos sujeitos de prover informações relevantes sobre o tema em análise.

2.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

As entrevistas foram analisadas com base na metodologia da Análise de Conteúdo (AC), que objetiva, segundo Caregnato e Mutti (2006), produzir inferências do conteúdo da comunicação. Conforme Gomes (2016, p. 76): “através da análise de conteúdo, podemos caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”. Tal análise converge com o que é preconizado pela linha da Teoria Social Crítica Marxiana, sair da aparência e adentrar na essência.

Dentro da AC, foi utilizada a análise via categoria temática, o que significa dizer que “a análise categorial poderá ser temática, construindo as categorias conforme os temas que emergem do texto. Para classificar os elementos em categorias é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento” (Caregnato; Mutti, 2006, p.). O foco direcional dado às entrevistas foi: 1) Contextualização do HCTP; 2) Processo de desinstitucionalização.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresentar-se-á o estado da arte das discussões que envolvem a saúde mental e as legislações brasileiras do âmbito penal e de saúde mental, com foco nas Medidas de Segurança. Na primeira seção foi desenvolvido um breve histórico das diferentes perspectivas sobre a loucura e as mudanças no âmbito assistencial desde a Idade Média, na Europa, até a década de 1970 com a emergência dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica na Itália. Para tanto os autores que guiarão esse debate são Foucault, que abordou a loucura a partir do momento em que ela é tomada como uma doença, ou seja, a trajetória patologizante da loucura, e Basaglia, que questiona a institucionalização da loucura e os tratamentos degradantes utilizados até então, e propõe uma mudança radical de humanização e desinstitucionalização. Em seguida, o debate é trazido para o Brasil com uma análise sócio-histórica sobre a loucura no país, assim como sobre as políticas assistenciais implementadas para os pacientes com transtornos mentais desde o Império (1889) até o Movimento de Luta Antimanicomial também iniciado na década de 1970, sob a influência de Basaglia, e chegando a atual Política Nacional de Saúde Mental, tendo Paulo Amarante como principal autor de referência a nível nacional. Posteriormente, tendo em vista a especificidade do objeto de estudo, a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, o foco é dado para a análise da loucura sob a visão das leis brasileiras, como a loucura, doença mental ou saúde mental foram e são tratados legalmente, e suas repercussões sobre aqueles que cometeram crimes. E, por fim, uma breve contextualização do HCTP de Pernambuco.

3.1 BREVE DEBATE SOBRE A HISTÓRIA DA LOUCURA E DO MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

A presente seção não pretende fazer uma retrospectiva exaustiva da história da loucura, a qual já foi brilhantemente desenvolvida por Foucault (Foucault, 1972, 2010, 2014, 2015), mas objetiva contextualizar numa perspectiva crítica as distintas concepções dadas à loucura, considerando o constructo histórico-conceitual desenvolvido a partir da Idade Média (Século XV) até as discussões mais recentes na literatura especializada sobre o tema.

Os loucos foram descritos em distintas civilizações ao longo dos últimos seis séculos, assim como foram tratados de maneiras diferentes por cada sociedade em determinado tempo histórico. Desde a Antiguidade há relatos da existência de indivíduos considerados loucos,

descritos nas escrituras egípcias, na Bíblia Sagrada Cristã, na Grécia e na Roma Antigas (Cohen; Ferraz; Segre, 2006).

Na Grécia, cenas sobre a loucura foram descritas nas *Ilíadas* e na *Odisseia* de Homero (928 a.C.–898 a. C.), as quais foram relacionadas aos desejos dos deuses, e Eurípides (480 a.C.– 406 a.C.) a relacionava aos conflitos das paixões. No campo filosófico, Hipócrates (460 a.C - 377 a.C.) relacionava loucura e saúde e pela primeira vez foi elaborado um esquema simples de classificação da loucura dividida naquele período, em mania e melancolia, posteriormente, as reflexões de Platão (427 a.C - 348 a.C.) acerca da loucura foram compreendidas como fruto da natureza humana e suas paixões, as quais perpassavam pela ética e pela moral, desdobrando-se em outra classificação baseada no sistema das três almas. De acordo com esse sistema cada uma delas se dedicava a uma função: racionalidade, atividades afetivas e espirituais e funções apetitivas, essa divisão da alma foi futuramente comparada com as instâncias psicanalíticas de id, ego e superego, esse conjunto de ideias platônicas foram seguidas por seu discípulo, Aristóteles. No Egito, o papiro de Kahun (século XX a.C.) se referia à histeria como proveniente do útero, sendo recomendado às mulheres o casamento, ou seja, havia uma vinculação entre histeria e sexualidade feminina (Amarante, 1996, Cohen; Marcolino, 2006, Zgiet, 2021). Assim, na Antiguidade a loucura foi atribuída aos deuses, às paixões humanas, à sexualidade ou até mesmo à alma.

Em oposição à essas distintas interpretações, ganhou força na Idade Média o sentido que a definia como o oposto da razão. Assim criou-se a dicotomia entre razão e desrazão, compreendendo a segunda como a loucura, “o ato que criou a distância entre a razão e aquilo que a nega como tal, isto é, a não razão. [...] a loucura emerge da relação com uma razão que necessita dela (loucura) para existir como razão” (Frayze-Pereira, 2008, p. 46). Nessa perspectiva, a loucura foi moldada para justificar as decisões dos homens de razão. Para fins deste trabalho, o enfoque temporal do tratamento dado aos loucos parte de meados a fins da Idade Média e seguirá a interpretação de Foucault sobre a razão em sua concepção patológica. Dito de outra forma, parte-se do entendimento de que a loucura pouco a pouco foi se tornando um incômodo social e foram elaborados “tratamentos” que condenavam os homens, sobretudo, à exclusão social.

Frayze-Pereira (2008), fundamentado em Foucault, propõe um esquema temporal concernente as diversas compreensões e sentidos atribuídos à loucura ao longo deste período. Um primeiro período é descrito como o período de liberdade e verdade que inclui os últimos séculos medievais (principalmente o século XV) e o século XVI; O segundo, é definido

enquanto o período da “Grande Internação, que abrange os séculos XVII e XVIII”; e, por último, a “época contemporânea, após a Revolução Francesa, quando cabe à Psiquiatria a tarefa de lidar com os loucos que abarrotam os asilos” (Frayze-Pereira, 2008, p. 49). Pode-se, todavia, a partir das reflexões e dos acontecimentos das últimas cinco décadas defender a emergência de um novo período, o da desinstitucionalização, objeto desse estudo que será tratado adiante.

No primeiro período, a relação da loucura com a liberdade pode ser interpretada, em parte, pela não condenação social da loucura entendida como parte da vida cotidiana, sendo considerada uma experiência possível para cada um, antes exaltada do que dominada. Desta forma, um certo consentimento social da loucura se deu no mundo ocidental durante os séculos XV e XVI (Frayze-Pereira, 2008, p. 49-50). Contudo, a não totalidade desse consentimento é demonstrada no *Malleus Maleficarium*, de 1484, que respaldou os atos da Santa Inquisição, a visão demonista da loucura que emergiu perdurou até o século XVI, sob influência principalmente de Santo Agostinho e São Tomás de Aquino. Adiante, em 1576 e 1608 são lançados o primeiro e o segundo Compêndio da Arte Exorcística, de Menghius, inspirado no *Malleus* ele identifica como sinais do demônio alucinações, delírios, assim como sinais de bruxaria a hiperssexualidade nas mulheres (Zgiet, 2021).

O processo de estigmatização da loucura ganha destaque a partir do declínio da lepra no final da Idade Média pelo término das Cruzadas (século XIII e XIV) com a diminuição do contato com os focos de contágio na Ásia. A lepra representava a vontade de Deus na terra, segundo a religião católica, e a substituição desses leprosos se deu pela presença de outros personagens que “vão ocupar o espaço sagrado deixado vazio: os pobres, os vagabundos e as “cabeças alienadas”” (Frayze-Pereira, 2008, p. 50). Mas porque coube aos loucos ocupar este espaço vazio?

Apesar de Pereira (2008) apresentar este período como de liberdade, era possível ver situações em que a loucura era utilizada para o divertimento público, e quando não, era alvo de medidas de correção ou retirada do âmbito social. Os loucos, vistos como desprovidos de razão eram alvos de escárnio, de vergonha, de apartação. Na Renascença (séculos XV ao XVI d.C.), período de grande movimentação cultural, ganhava força um novo costume, Foucault (1972) cita a existência do Navio dos Loucos, ou Nau dos Insensatos, como sendo embarcações em que os loucos eram enviados para fora das cidades:

[...] confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa

obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. Além do mais, a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente o último. (Foucault, 1972, p. 11-12).

Figura 1: Navio dos loucos, de Hieronymus Bosch, 1495



Fonte: Google Imagens, 2023

Tal fato influenciou os artistas da época, a exemplo da histórica da pintura de Hieronymus Bosch (1495), valendo destacar alguns detalhes (Figura 1):

A árvore proibida, que foi transposta, pelo pintor, do Paraíso para o navio dos loucos, onde figura como mastro (“A Nau dos Loucos”, de Bosch). É o reino de Satã e o fim do mundo, o poder sobre a terra e o castigo supremo, que esse saber temível anuncia. Na “Nau dos Loucos”, por exemplo, vê-se uma religiosa e um sacerdote como personagens centrais, integrados a uma população embriagada. Eles navegam numa espécie de Paraíso renovado: tudo se oferece ao desejo. Acima deles e à frente do barco, empoleirado sobre um galho seco, figura a personagem do Bufão ou Louco. E mais acima, uma bandeirola trêmula com o emblema que anuncia “O triunfo diabólico do Anticristo”. (Frayze-Pereira, 2008, p. 55)

Na Renascença temas antes considerados ultrajantes vêm à tona, tais como a blasfêmia, e a sexualidade, há uma junção entre temas religiosos que remetem à recém-acabada Idade Média com as críticas características do Renascimento, assim, “no final do século XV a loucura emerge e impregna toda a paisagem cultural. Com efeito, a experiência da loucura é celebrada no Renascimento de modos diversos” (Frayze-Pereira, 2008, p. 52). Conforme descrito acima, na pintura a loucura toma um ar trágico, todavia na literatura e na filosofia ela é vista de forma distinta:

Ao nível da literatura e da filosofia, tema da loucura recebe nessa mesma época um tratamento diferente. Nesse nível, a loucura governa todas as fraquezas humanas. Ocupa o primeiro lugar na hierarquia dos vícios. Ela atrai, mas não fascina. O saber ao qual ela está ligada é fácil, sem enigmas. E, por isso a loucura é o castigo de uma ciência presunçosa que se perde nas discussões inúteis. A loucura não expressa os verdadeiros mistérios de si mesmo, isto é, “suas fraquezas, seus sonhos e suas ilusões”. Portanto, a loucura existe nos indivíduos humanos, isto é, há diferentes formas humanas de loucura. E cabe à crítica moral denunciá-las, ou seja, denunciar as ilusões nascidas do apego que o homem mantém por si mesmo. No século XV, através da literatura e da filosofia a loucura insere-se num universo moral. (Frayze-Pereira, 2008, p. 56)

É nesse contexto que a loucura passa a ser objeto de debate da moral. Têm-se dois lados da mesma moeda, de um lado a loucura representada pela “experiência trágica” da pintura, e de outro lado representada pela “consciência crítica” da literatura. Gradativamente, essa consciência crítica foi se sobrepondo, “a loucura acabou sendo confiscada por uma razão dominadora. E será apenas aos olhos dessa razão que a verdade da loucura será posteriormente apontada como falta, defeito, doença” (Frayze-Pereira, 2008, p. 60). Neste momento histórico passa a ser comum a exclusão destes indivíduos, somado a cenas de humilhação pública, “acontecia de alguns loucos serem chicoteados publicamente, e que no decorrer de uma espécie de jogo eles fossem a seguir perseguidos numa corrida simulada e escorraçados da cidade a bastonadas” (Foucault, 1972, p. 11).

Com o Renascimento e a tentativa de superar o totalitarismo católico, outras figuras foram tomando espaço social, na questão de saúde, os médicos começam a sinalizar a necessidade de sua tutoria sobre a loucura, este fato se desdobrará no segundo período definido por Frayze-Pereira (2008), a Grande Internação. Contudo, ressalta-se que essa mudança de papel da Igreja para a Medicina não foi rápida, mas um processo lento.

O italiano Paolo Zacchia, pai da medicina legal moderna, afirmou neste período que apenas o médico é capaz de avaliar a condição mental de uma pessoa. Ele explanou acerca do

intervalo lúcido, período em que o sujeito está em plenas condições mentais e pode responder pelos seus atos, incluindo seus crimes, assim como também apresentou a questão dos crimes passionais, quando o indivíduo é dominado por fortes emoções. Ele conferia um maior grau de importância à pessoa que à lei, compreendendo os diferentes momentos que podem incidir sobre uma pessoa (Cohen; Marcolino, 2006).

Uma importante mudança sobre os modos de “compreender e tratar” a loucura acontece no período do Iluminismo que vai se caracterizar no segundo momento histórico traçado por Foucault (1972). Durante o século XVII, o apogeu do racionalismo e da “iluminação” da razão e da ciência conformaram o pensamento moderno, pensamento esse que, segundo Frayze-Pereira (2008), aprisionou filosoficamente a loucura. Esse racionalismo separou definitivamente a razão da loucura, esta última sai dos navios dos insensatos e adentra o campo da institucionalização por meio de cartas régias ou simplesmente de prisões arbitrárias, tendo como *lócus*, em especial, o Hospital Geral, mas também as “casas de força”, as *Workhouses*⁵ ou as *Zuchthäusern*⁶ (casas de correção).

A era da “Grande Internação” vem sendo interpretada como o fenômeno de aprisionamento dos loucos dentro dos hospitais, descrito por Foucault em seu livro História da Loucura (1972). Destarte, não apenas os loucos foram reclusos, mas também os marginalizados, miseráveis, delinquentes, devassos, prostitutas, profanos, blasfemadores, homossexuais e correlatos.

Em 1625, Felix Plater utiliza-se da expressão “alienação mental”, trazendo a loucura para o âmbito da medicina, retirando-a da tutoria da religião, compreendendo-a como resultado de uma lesão na mente, que seria dividida em razão, imaginação e memória, com esta concepção ele traz uma ideia de origem voltada para a mente e não para causas biológicas ou materiais (Zgiet, 2021). De acordo com Foucault:

Uma data pode servir de referência: 1656. Decreto da fundação, em Paris, do Hospital Geral. À primeira vista, trata-se apenas de uma reforma - apenas de uma reorganização administrativa. Diversos estabelecimentos já existentes são agrupados sob uma administração única: a Salpêtrière", reconstruída no reinado anterior a fim de abrigar um arsenal, Bicêtre, que Luís XIII quis dar à confraria de São Luís para dela fazer uma casa de retiro destinada aos Inválidos do exército. (Foucault, 1972, p. 49)

⁵ Tendo em vista a recessão econômica na Inglaterra, no século XVII, criou-se como estratégia a utilização do trabalho a baixíssimo custo dos pobres reclusos nas casas de correção, daí o nome “*workhouses*” (Foucault, 1972).

⁶ A Alemanha estabelece as *Zuchthäusern* seguindo o modelo das *workhouses* inglesas (Foucault, 1972).

Se em 1656 há a fundação do Hospital Geral de Paris, em 1676 orienta-se a criação de um em cada cidade do reino francês. Vale trazer algumas considerações acerca das finalidades do hospital geral naquela época, que numa perspectiva crítico-analítica podia ser considerado uma estrutura semi-jurídica, pois detinha o poder de decidir, julgar e executar, ou seja, decidir sobre a condição do indivíduo, lhe julgar e executar a sanção, no caso a internação (Foucault, 1972).

Destarte, o hospital era utilizado, também, enquanto instrumento de uma dita assistência pública, acolhimento, correção e reclusão. Importa destacar também que a nomeação como diretor destes hospitais era vitalícia e conferia-lhes poder não apenas no âmbito do hospital, mas também em toda a cidade de sua jurisdição, possuindo poder de autoridade, direção, administração, comércio, polícia, jurisdição, correção e punição. Era o diretor do hospital que nomeava o médico (Foucault, 1972, 2014; Amarante, 1996).

Nos hospitais os loucos eram mantidos acorrentados devido a sua periculosidade, ou seja, pela noção de perigo eminente que recaía sobre eles, contraditoriamente, eles eram submetidos a tratamentos violentos. Esta forma violenta de tratamento condizia com o que fora aplicado às vítimas da Hanseníase (Lepra) e da Peste Negra na Europa medieval. Com o fim da epidemia destas doenças muitas das casas que antes lhes eram destinadas foram reorganizadas para o recebimento dos loucos, é o caso de Saint-Lazare, um dos mais importantes leprosários de Paris. Contudo, como instituição religiosa vê-se mesclado num só lugar o tratamento com o uso de práticas religiosas (ofícios, orações, meditações), e um conflito que Foucault (1972, p. 53) traz como “o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir”.

Numa visão oposta, nem todos os médicos desse período estavam em concordância com a prática de violência cometida contra os indivíduos considerados loucos. Nesse sentido, cabe destacar o médico italiano Vincenzo Chiarugi que instituiu um regulamento abolindo o uso de métodos cruéis e o uso da força física, sendo dever moral supremo o respeito ao insano. Ele também propôs uma classificação para o diagnóstico, dividido em três categorias de doenças mentais: 1) Melancolia, caracterizada pela insanidade parcial; 2) Mania, caracterizado pela insanidade geral; e, 3) Amênia, com o funcionamento anormal do intelecto e da vontade (Cohen; Marcolino, 2006).

Até o final do século XVII, compreendia-se que para purificar a sociedade era preciso retirar de seu meio aquilo que a corrompia, e cabia a medicina essa função, qual seja, a da exclusão para purificação. E é a partir de então que ocorre um aprofundamento/consolidação da prática do internamento de todos aqueles que apresentem um “desvio moral”, uma “anormalidade” ou “doença mental”. Para os defensores dessa prática médica pela via da exclusão/isolamento, as vantagens da hospitalização passavam pela viabilidade de uma exclusão vigiada, pela possibilidade do estudo das formas da loucura que permitiu o nascimento da medicina mental/psiquiatria, considerando que a aglutinação dos loucos em um mesmo lugar propiciara o estudo das diversas formas da loucura.

Soma-se ao movimento da grande internação, o início da medicalização do hospital decorrente do surgimento da necessidade de visitas médicas cada vez mais frequentes às instituições hospitalares, que vão conferir exclusivamente aos médicos a responsabilidade pela saúde de hospitais e regiões circunvizinhas. Segundo Foucault (2014), apesar do hospital estar sendo medicalizado ele ainda não era concebido para curar. Isso por que no século anterior a medicina era uma profissão que se dava fora do ambiente hospitalar, o hospital era um local de assistência ao pobre doente, havendo poucas chances de cura, sendo, portanto, considerado um morredouro, configurando-se como espaço de internamento e exclusão, permanecendo com estas características até o início do século XVIII, é a partir deste século que irá se construir uma medicina hospitalar e o hospital passa a ser concebido em suas finalidades terapêuticas. Observa-se a partir desse período importantes mudanças nas características e funções da medicina e do hospital.

Assim, percebe-se que “o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII” (Foucault, 2014, p. 171). Se antes era um depósito dos indesejados socialmente, entre meados do século XVIII e XIX (1760-1860) o hospital se constitui enquanto local que acolhe a doença, a faz se manifestar em sua “verdade”, tal cenário continuou até meados do século XX. Tomando a loucura como doença, o médico como promotor da cura e o hospital como ambiente de cura, iniciam-se tratamentos para a doença mental visando curar o indivíduo deste mal, esse jogo de poder e de conhecimento sobre a loucura caracteriza a psiquiatria clássica.

Assim, o terceiro período, apontado por Frayze-Pereira (2008), é determinado pelo surgimento da psiquiatria, como ramo das ciências médicas que sucede o ramo da medicina mental ou estudo do alienismo, emergindo no cenário de mudanças incitadas pela Revolução Francesa. Com a medicina tomando espaço, Beaugrand, em 1865, criticou as diversas

classificações da loucura que existiam até então e cunha o termo “doença mental” em substituição a “alienação mental” com base numa concepção nosológica, tendo a doença mental subordinada aos saberes médicos é inaugurada a psicopatologia (Zgiet, 2021).

Faz-se necessário pontuar que a consolidação do campo da psiquiatria passou por períodos de tensão. Sobre essa questão, Amarante (1996) explica que a dita medicina geral não recebeu de braços abertos a medicina mental, tendo em vista a carência de bases concretas e positivas que deem significado à sua existência, sendo as explicações acerca da agora denominada “doença mental” variadas entre psicológicas e somáticas. Portanto, a sua consolidação enquanto ciência requeria a comprovação de que a doença mental poderia ser tratada, ou até mesmo curada.

Dentre as tentativas de buscar uma base biológica para a doença mental eram realizadas autópsias e comparação de lesões e características de cérebros de pessoas normais e ditas alienadas, contudo, nenhuma grande comprovação foi atingida. No século XIX, um grupo de cientistas sustentavam a Frenologia, ramo da ciência que “pretendia ser capaz de distinguir o caráter das pessoas, sua tendência à prática de crimes, entre outras avaliações morais, pelo formato do crânio” (Zgiet, 2021, p. 32).

Em meados deste mesmo século, a Teoria de Bénédict Morel, Teoria da Degenerância, afirmava que a degeneração causada por lesões cerebrais causava a alienação e que após algumas gerações a alienação mental poderia se tornar incurável. Segundo essa teoria, as causas da degeneração podiam ser oriundas de seis fatores: 1) Intoxicação, causada pelo ar, bebidas, epidemias e etc.; 2) Meio Social, sendo os principais reféns os pobres; 3) Doenças anteriores ou temperamento mal enfatizado pela hereditariedade; 4) Imoralidade; 5) Doenças congênicas adquiridas na infância; e 6) Influências hereditárias (Zgiet, 2021).

Já na defesa de uma base psicológica ganha destaque o médico, matemático e filósofo francês Phillipe Pinel, responsável por impulsionar a grande institucionalização com práticas novas a partir da elaboração de um tratamento para as pessoas com transtorno mental. Pinel compunha um grupo de intelectuais relevantes no período revolucionário francês, conhecidos como “Os Ideólogos”, defensores de uma verdadeira base científica para a apreensão dos fenômenos, este grupo se baseará fortemente nas ideias de Locke e Condillac, e terão como uma das principais linhas teóricas a História Natural⁷.

⁷ Segundo Leavell e Clarke (1976) o conceito da História Natural da Doença refere-se ao conjunto de processos interativos compreendendo "as inter-relações do agente, do suscetível e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente, ou

Vale destacar que do século XVIII em diante a loucura recebeu diversos nomes, com destaque dois: doença mental e alienação. “Doença mental” sugere que a loucura é uma doença passível de tratamento e cura, tal qual predizia a História Natural das Doenças. Já o conceito de Alienação é mais heterogêneo a depender da linha filosófica, alienação pode ser compreendida como “o ato de estar fora de si próprio, de tornar-se um outro, de perder a consciência de si e das coisas” (Amarante, 1996, p. 42). Foi a partir do uso do termo “alienação mental”, que se constituiu a classe dos “alienistas”, ou seja, daqueles que tratavam da alienação mental, tendo como representante o próprio Pinel⁸.

Em 1793, Pinel assumiu a direção do Hospital Bicêtre, uma de suas primeiras medidas foi ordenar que os internos fossem desacorrentados, iniciando a descrição de uma nosografia médica da doença mental. Dentre suas principais obras estão o *Traité Medical-Philosophique sur L'aliénation Mentale*, esta é a primeira obra que aborda uma incursão propriamente médica sobre a loucura, nesta obra Pinel aponta que “Os alienados, longe de serem culpados a quem se deve punir, são doentes cujo doloroso estado merece toda a consideração devida à humanidade que sofre e para quem se deve buscar pelos meios mais simples restabelecer a razão desviada” (Pinel, 1801, apud Pereira, 2004). São também suas a *Nosographie Philosophique* ou *La Méthode de L'analyse Appliquée à la Médecine*.

Para elaboração destas obras Pinel começa seu estudo empírico com registro de todas as manifestações da loucura para identificar os hábitos, atitudes, gestos, olhares, tudo se torna passível de observação. Para otimizar a análise, dentro do hospital passa a ocorrer a separação entre os tipos de doenças e a comparação entre elas. Essa metodologia de observação sistemática criou o que veio a ser chamado de clínica psiquiátrica.

Pinel, embasado em Tenon, recomendava o isolamento do mundo exterior como uma medida essencial, sendo a institucionalização a base de seu tratamento, com este isolamento ele poderia proceder com suas observações aos pacientes sem as influências externas. A ciência é então colocada como imparcial e neutra⁹ em relação às influências da cultura, da economia e da sociedade, sendo neutro, pode determinar o que delimita o normal e o

em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte” (Leavell; Clarke, 1976 apud Rouquayrol; Goldbaum, 1999, p. 17).

⁸ De acordo com Amarante (1996), Hegel se baseará na obra de Pinel ao conceituar alienação, e ao elaborar seu próprio pensamento filosófico, compreende que se é possível tratar [moralmente] e até mesmo curar a alienação, então não há uma perda completa da razão, mas parcial. Tal conceituação será distinta da categoria de alienação em Marx, embora este tenha se aproximado da obra hegeliana a princípio, afastou-se dela ao tratar de alienação sob o ponto de vista da relação de trabalho.

⁹ Vale lembrar que seguindo um ideário positivista de comprovação da verdade por meio de base empírica, a neutralidade do pesquisador é pedra angular.

patológico. Assim, o hospital não só propicia tratamento, ele em si é o tratamento (Foucault, 1972).

Seguindo o pensamento de Locke, Pinel preza pela liberdade dos loucos, mas não no sentido físico da palavra, embora ainda isolados da sociedade, estão livres das influências externas, agora, libertados das correntes que antes os prendiam em suas celas, o tratamento asilar possibilita a restituição da liberdade subtraída pela alienação. Em outras palavras, a liberdade como um conceito filosófico é perdido quando se perde a razão e se entra em um estado de alienação, a retirada do indivíduo do seio social, que lhe provoca a alienação, pode conferir-lhe a retomada da razão, sendo assim a exclusão é um meio para a liberdade, no entender de Pinel (Amarante, 1996).

Figura 2: Quadro “Pinel libertando das correntes os alienados de Bicêtre”, de Charles Muller



Fonte: (Silva, 2015)

Para aqueles que não questionavam a liberdade intramuros esse ato sacro de libertar os loucos de suas correntes ficou conhecido como “o ato de Pinel” ou “o gesto de Pinel”. Pereira (2004) ao analisar outros autores apresenta Gladys Swain (1997) que chama este ato de “o mito pineliano”, defendendo que foi a partir da construção de um imaginário heroico e idealizador que Pinel recebeu tal status. Pereira analisa ainda Jacques Postel (1998) que embasado em Swain critica a percepção de Foucault, Pereira traz que:

Para ele [Postel], a versão sustentada por Foucault enfatiza unilateralmente as dimensões de exercício de poder e de lógica da exclusão e de fazer calar na apropriação médica do campo da loucura. A instituição asilar e a internação hospitalar constituiriam a expressão mesma desse exercício da violência, historicamente legitimado pelo Estado e, posteriormente, pela medicina oficial. Postel, por sua vez, propõe que tal leitura escamoteia a dimensão de reconhecimento da subjetividade e da irredutibilidade do paciente a seus sintomas, já presentes no próprio marco de fundação da psiquiatria. Se é verdade que o hospital serviu para legitimar socialmente práticas violentas de exclusão, não é menos verdadeiro que, sob a perspectiva de Pinel, ele estava a serviço do dispositivo de cura, o qual não

seria concebível apenas no plano individual: o tratamento moral era fundamentalmente uma prática hospitalar grupal e mesmo comunitária. (Pereira, 2004, p. 115-116)

Dentre apoiadores e críticos, o fato é que Pinel acabou por assumir um status de destaque no pensamento acerca da alienação e da doença mental. É no mínimo curioso pensar que essa tal liberdade premiada por Pinel aos insanos, para além de ser intramuros, retirou as correntes e as trocou pelo uso da camisa-de-força¹⁰ para os casos de crise, ou pelas duchas como tratamento físico.

Pinel, embora considerado revolucionário, por muitos médicos na época, no tratamento da doença mental não foi pioneiro, outras propostas estavam sendo realizadas na Europa, como na Itália com Chiarugi e na Inglaterra com William Tuke e seu “Retiro de York”, e Haslan em Londres (Pereira, 2004). O grande ponto que diferencia Pinel dos seus antecessores e até mesmo contemporâneos foi o fato de transformar a alienação em uma questão médica, se apropriando do debate filosófico das paixões, da postura humanista¹¹ e do uso da racionalidade e da construção de uma metodologia para o estudo sistemático da doença mental. Pinel subdivide as paixões em dois tipos: as primeiras são as paixões debilitantes ou opressivas, como o ciúme, a inveja e o ódio; o segundo tipo são as paixões alegres, como o orgulho ou até mesmo o amor, ambas as paixões se desmedidas e excessivas podem gerar adoecimento mental (Amarante, 1996; Pereira, 2004).

Como questões da paixão e da moral, Pinel passa a realizar um tratamento de ordem moral sobre a doença mental constituindo a “polícia interior” responsável pelo regime disciplinar do asilo, visando ajustar os comportamentos. Ele recomendava a existência de homem forte e grande que passasse a imagem de ameaça para os internos, impondo-lhes respeito e disciplina¹², as vezes apenas um olhar do vigia já era suficiente para mudar o comportamento do interno, assim a disciplina se torna fundamental para o tratamento, não sendo possível no seio familiar, é o que Tuke, na Inglaterra, chamou de “Princípio do Medo”, se anteriormente o louco causava medo, agora ele seria vítima do medo (Zgiet, 2021).

¹⁰ Para saber mais sobre o uso das camisas-de-força ver <http://museu.esenf.pt/index.php/camisa-de-forcas/#:~:text=Camisa%20de%20lona%20com%20mangas,batizada%20de%20camisole%20de%20force>.

¹¹ Humanismo aqui não deve ser visto sob os mesmos olhos do conceito na atualidade. Deve haver o cuidado de olhar sob as lentes da época, o que significa dizer que este feito foi um avanço, tendo em vista o ideário de periculosidade que permeava a sociedade sobre os doentes mentais, destarte, mesmo com os braços presos e os movimentos limitados, os internos estavam livres de suas correntes, sendo algo revolucionário para a época. Mas não é o que se entende, hoje, como humanização no cuidado.

¹² A disciplina foi ponto essencial para o avanço do hospital enquanto instituição. Foucault (2014) traz que a disciplina consistia em uma técnica de poder, biopoder, ela exerce controle, orienta, vigia, registra, buscando nas técnicas militares de disciplina, o hospital se torna uma instituição cada vez mais complexa e hierárquica.

Para Pinel o tratamento moral era o mais efetivo, contrariando a noção de que a doença mental é incurável, ele segue a linha hipocrática no qual o fim natural da doença é a cura, sendo o médico apenas um mediador neste processo. Agrega-se ao tratamento moral pineliano, como já aludido, o internamento, o julgamento moral, a disciplina, o uso da camisa-de-força em detrimento das correntes, a divisão do hospital conforme as manifestações das doenças e também, mas não menos importante, o trabalho terapêutico¹³, ocupar a mente do indivíduo o resgata de volta à realidade (Amarante, 1996).

Pinel admitia que algumas doenças mentais podiam ter origem orgânica, as demais, em geral a maioria, era puramente fruto da alienação mental, que não tendo base anatomopatológico, era oriunda de questões da cultura e do processo civilizatório, assim, como problemas oriundos do convívio social, era a retirada do meio social somado a um eficaz tratamento moral que curaria o indivíduo. Como a alienação mental não tem uma base física, parte da medicina refutava sua existência e criticavam veementemente a medicina psiquiátrica. No entanto, Pinel era irredutível ao afirmar que o tratamento moral era eficaz ao apresentar resultados (Amarante, 1996). Contudo fica a reflexão, estes ditos resultados eram frutos mesmo de uma “melhora” do estado do indivíduo ou era apenas fruto de uma disciplinarização que tinha como base a violência, a ameaça e a contenção?

Particularmente, abre-se parênteses para expor uma das principais vítimas de Pinel, a mulher. Segundo ele, a sexualidade feminina causava distúrbios que gerariam a doença mental, Engel (2018, p. 333) diz que:

Entre os alienados considerados "rebeldes a qualquer tratamento, por razões mais morais do que propriamente médicas", Pinel incluía as mulheres que se tornavam irrecuperáveis por um exercício não conforme da sexualidade, devassidão, onanismo ou homossexualidade". O temperamento nervoso, intimamente relacionado à predisposição às nevroses e nevralgias, era frequentemente considerado como típico das mulheres, "cujas funções especiais ao sexo, em muito contribuem para o seu desenvolvimento". Assim, no organismo da mulher, na sua fisiologia específica estariam inscritas as predisposições à doença mental. A menstruação, a gravidez e o parto seriam, portanto, os aspectos essencialmente priorizados na definição e no diagnóstico das moléstias mentais que afetavam mais frequentemente ou de modo específico as mulheres (Engel, 2018, p. 333).

¹³ Em meados do século XVIII, o mundo efervescia com o novo sistema de produção, o capitalismo, com o advento da Revolução Industrial, a qual trouxe grandes e irreversíveis mudanças para a sociedade global, trazendo consigo a ética capitalista, a lógica do trabalho ser terapêutico reforça esta ética. Concordando com Jamila Zgiet (2021) ao trazer uma construção alternativa para a saúde mental, a autora correlaciona a construção da alienação mental com a alienação do trabalho, o que ela chamou de dialética das alienações, trazendo que “a grande internação representa, na história, a imposição da obrigação de trabalhar. Ora, se há um grupo tão grande de pessoas em situação de mendicância e atrapalhando o cotidiano da cidade, seria preciso contê-las onde fossem obrigadas a trabalhar e recebessem apenas o mínimo para manter-se” (Zgiet, 2021, p. 43). Vale destacar que a internação não era apenas para os alienados, mas um tipo de “assistência” aos pobres, até certo ponto, a história da loucura se mistura com a história da pobreza.

É paradoxal pensar que apesar de Pinel defender uma posição de origem psicológica da alienação mental em detrimento das justificativas somáticas, ao se tratar da mulher (cisgênero¹⁴), sua fisiologia era a responsável por produzir a alienação, sendo originado na menstruação, na sexualidade, na realização da gravidez, na maternidade e no puerpério, seu corpo a induziria a loucura.

Destarte, a medicina se colocou como conhecedora e tutora da loucura, sendo ela administrada pelo campo médico da psiquiatria, “a “doença mental” passou a existir como máscara para a loucura” (Frayze-Pereira, 2008, p. 45), no mais, “tradicionalmente concebida por analogia com as demais doenças orgânicas, a “doença mental assume a feição de uma entidade natural manifestada por sintomas”” (Frayze-Pereira, 2008, p. 15). Desde então a medicina moderna, que nasceu em fins do século XVIII, passa a construir uma sintomatologia e uma nosografia da loucura tendo as obras de Pinel na vanguarda.

Outro psiquiatra de renome na questão da doença mental foi o francês Esquirol, principal sucessor das ideais pinelianas na França. Foi ele quem criou o termo “asilo” para diferenciar instituição psiquiátrica de hospital geral, contudo a mudança de nomenclatura não alterou em significativo a face da violência que predominava dentro daquelas paredes.

Ademais, ele enunciava a questão da hereditariedade da alienação mental e que ela era fruto de influências morais e intelectuais da sociedade, dentre as causas estavam a “masturbação, relações sexuais em determinadas condições, gestação e amamentação, supressão da transpiração, menstruação, condições de gestação da mãe, situações vividas pela mãe durante a gravidez ou pelo recém-nascido, a primeira dentição, febres, entre outras” (Zgiet, 2021, p. 34).

Vê-se, portanto, um julgamento moral e uma repressão sexual, especialmente, da sexualidade feminina seguindo o que fora dito pelo seu mestre, Pinel. Sob esta perspectiva é que Magali Engel (2018, p. 329) sustenta que “a doença mental, em fins do século XIX, deixa entrever as principais dimensões da intervenção da medicina na sexualidade, nas relações de trabalho, nas condutas individuais e coletivas que disserem respeito a questões religiosas, políticas ou sociais”.

¹⁴ Quando a identidade de gênero corresponde ao sexo biológico (de nascença) da pessoa.

Ao planejar a estrutura de um hospital psiquiátrico ele indicou que as celas¹⁵ possuísem vista para um jardim, cria-se que o contato com a natureza era terapêutico¹⁶. Àquela época as prescrições médicas incluíam viajar, repousar, passear, se afastar da artificialidade da cidade (Foucault, 2014), tais prescrições claramente eram inviáveis para a classe trabalhadora que necessitava labutar arduamente para sua subsistência, não possuindo, muitas vezes, recursos em demasia para gastos com viagens ou práticas de lazer.

Esquirol defendeu o internamento dos loucos atribuindo cinco razões fundamentais: 1) garantir a segurança do louco e de sua família; 2) afastar das influências externas; 3) vencer suas resistências pessoais; 4) subordinar a um regime médico; e, 5) impor novos hábitos intelectuais e morais (Foucault, 2014). Foucault critica Esquirol ao apontar que tais razões constituem-se basicamente em questões de poder, de poder sobre o louco, poder sobre as externalidades que agem sobre o indivíduo, estabelecer um poder terapêutico baseado na ciência como conhecedora e dominadora da doença e poder de adestramento moral dos sujeitos, assim, a relação institucional é primordialmente uma relação de poder (Foucault, 2014).

Defendendo a ideia pineliana da doença mental com base nas paixões, Esquirol recebeu duras críticas com o avanço da medicina somática, uma das mais importantes foi a descrição de lesões cerebrais da paralisia geral, feita por Bayle, em 1822, reforçando a possibilidade de base biológica para a doença mental e a sobrecarga de doentes com relação ao número de médicos psiquiatras:

Apesar de um determinado contingente de curas registradas, ocorre que os asilos têm grande número de internados e, com uma relação de 400 a 500 alienados por médico, o tratamento moral perde em sua eficácia (Desviat, 1990). Mas se existe o fato de o tratamento moral perder importância, por sua vez a anatomopatologia e a medicina clínica também não encontram os meios adequados para o tratamento da alienação, o que significa que o primeiro, embora com limitações, continua sendo amplamente adotado. (Amarante, 1996)

¹⁵ Termo utilizado por Foucault (2014, p. 201), merece aqui uma reflexão acerca da nomenclatura utilizada, não compreendendo o hospital psiquiátrico composto por quartos, mas por celas, que tem essencialmente a função de deter, faz pensar acerca da concepção dada a tais locais.

¹⁶ Hoje muitos estudos apontam a promoção de qualidade de vida, bem-estar e da saúde mental do contato com a natureza, isto não está em xeque. O que é criticado é a construção de hospitais com celas que se utilizam apenas da vista como terapêutico, sem a liberdade de ir e vir; ou até mesmo o contato com a natureza através de viagem e afastamento dos centros urbanos, num momento em que o mundo, especialmente a Europa, passava por uma transição econômica e tecnológica com a Revolução Industrial, onde os pobres chegavam a trabalhar até 14 horas por dia e mal recebiam para manter a si e a sua família, causando, além das doenças físicas, o estresse, e o sofrimento mental.

No final do século XIX, o hospital psiquiátrico agrega a si, além das corriqueiras práticas de internamento e higiene social, a função de diagnóstico e de classificação das “doenças” (Foucault, 2014). Isto não está muito longe do que foi construído historicamente pela psiquiatria, que posteriormente passará a fazer parte do que hoje pode ser chamada de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), atualmente em sua décima revisão, e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), em sua quinta revisão.

Surge ainda neste período a ideia de criminoso nato a partir da associação de loucura e crime que servirá de suporte para o conceito de periculosidade e aprisionamento das pessoas com transtorno mental, conceito esse que está em debate até os dias atuais (Mattos, 2006). Como exemplo desta associação, têm-se o caso de Daniel M’Naghten na Inglaterra que, em 1843, foi julgado por tentativa de assassinato do primeiro-ministro, foi a partir deste julgamento que foram estabelecidas regras acerca da insanidade mental no país, e em 1863 foi construída a primeira instituição destinada unicamente às pessoas com transtorno mental que cometeram atos ilícitos, o *Broadmoor Criminal LunaticAsylum*, através do *Criminal LunaticAsylumAct.*, após a tentativa de homicídio do Rei Jorge III (Correia, 2007).

De acordo com Foucault (2014), na Inglaterra a medicina era utilizada como instrumento de controle de corpos e mentes dos pobres, capacitando-as para o trabalho e minimizando seus perigos para a classe média, criando-se políticas e locais para mediar este processo de domesticação dos loucos e pobres. A exclusão não era algo novo, mas uma prática desenvolvida desde a Idade Média, contudo o que muda a partir de agora é a finalidade dada a esta exclusão.

Nesta relação de doença mental e crime é que, na Itália, o médico Cesare Lombroso publicava *L’uomo delinquente* (1876), grande representante da escola somática, ele radicalizou ao apresentar sua ideia de criminoso nato, ou seja, pessoas que já nascem com tendências criminosas. O pai da antropologia criminal buscava apresentar que condições físicas poderiam indicar possíveis criminosos, ele analisava peso, altura, sensibilidade à dor, anormalidades hereditárias, déficits de inteligência, crânios; e identificava sinais, por exemplo, a raça ou até mesmo ter tatuagem como indícios incontestáveis de propensão ao crime.

Seguindo a linha cronológica, após a Revolução Industrial e da percepção com “a indústria nascente, [do] fato de que a cidade não é somente um lugar de mercado, mas um lugar de produção” (Foucault, 2014, p. 153) fez com que as decisões políticas fossem

embasadas na perspectiva do crescimento econômico e se apoiando na produção científica de então, providenciando um processo excludente do “anormal”. O projeto higienista do início do século XX caracterizou-se, sobretudo, pela retirada da vista daquilo que está fora do padrão socialmente estabelecido de normalidade e beleza, empurrando o feio, o pobre, o doente, o louco, o criminoso, o étnico-racial e as demais minorias para as periferias, prisões, hospitais e manicômios; essa segregação social pode ser percebida com grande ênfase, por exemplo, na reestruturação parisiense, na França (Sevcenko, 2018).

Entre os séculos XVIII e XIX, já sob o domínio da ciência e aprisionada nos hospitais psiquiátricos vários “tratamentos” foram dispensados à loucura, pode-se citar a prática do século XVIII de utilização da dor por meio de queimaduras nas genitálias e no crânio, cuja alegação era de que com o foco na dor a pessoa não se concentraria em sua loucura, da indução ao vômito com purgantes (1715), das sangrias (1790) e dos afogamentos (1828) (Mattos, 2006).

Outras técnicas foram desenvolvidas no final do século XIX constituindo-se no centro da prática e da teoria psiquiátrica, a citar, a técnica da hipnose, da sugestão, da simulação, objetivando diferenciar o diagnóstico entre doença orgânica e doença psicológica (Foucault, 2014). Contudo, tais técnicas psicológicas não erradicaram o uso de técnicas orgânicas, visto que parte da comunidade médica ainda tentava provar a base orgânica da doença mental, com requintes de crueldade e explícita violação dos direitos humanos.

À vista disto, passa-se a amputar o clitóris das loucas (1890), a utilizar a hidroterapia (1896), nome bonito para tortura, colocando o paciente durante dias na água, apenas com a cabeça para fora, alternando entre o calor e o frio, sob a crença de que tal banho prolongado ajuda na fadiga psicológica. Posteriormente surgem as “terapias endócrinas” (1899) que se realizavam “com injeção de extratos de ovários e testículos, glândulas pituitárias e tireoides dos mais variados animais” (Mattos, 2006, p. 43).

A partir de 1913 passa-se a utilizar a esterilização masculina, que já era realizada nas mulheres, a extração dos dentes (1916), a hibernação (1920), mantendo a temperatura corporal baixíssima a fim de criar um choque térmico para que assim o paciente recobre as funções mentais normais. Em 1933, introduz-se o coma insulínico, a convulsoterapia com utilização do Metrazol (1934), o tratamento de eletrochoque desenvolvido por Ugo Cerletti e na década de 1940 ganha popularidade a lobotomia. Após a Segunda Guerra Mundial ganha

mais espaço a utilização dos psicofármacos (Mattos, 2006). Salienta-se que a invenção de uma nova técnica não abolia o uso de outra, sendo por vezes usadas concomitantemente.

Observa-se que tais práticas enfatizam uma relação de poder criada entre a medicina e a loucura, entre o médico e o paciente.

Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX – isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punitivos, como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico – tinham por função fazer do personagem do médico o “mestre da loucura”; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de tê-la sabiamente desencadeado. (Foucault, 2014, p. 203-204)

A medicina é mais do que uma dimensão científica biológica, ela é investida de uma dimensão política, e como tal é utilizada como instrumento de poder com fins de controle social. Por conseguinte, há a correlação entre poder e saber, “o doente aparece dentro do hospital como alvo da relação de poder político, mas então se transforma no objeto de um saber, de um discurso científico num sistema de racionalidade geral” (Foucault, 2015, p. 6). O aprisionamento da loucura pela racionalidade no século XVII, ganha uma nova roupagem no século XX, o aprisionamento da doença mental pelo saber médico.

Podemos então supor, na nossa civilização e ao longo dos séculos, a existência de toda uma tecnologia da verdade que foi pouco a pouco sendo desqualificada, recoberta e expulsa pela prática científica e pelo discurso filosófico. A verdade aí não é aquilo que é, mas aquilo que se dá: acontecimento. Ela não é encontrada, mas suscitada: produção em vez de apofântica. Ela não se dá por mediação de instrumentos, mas sim provocada por rituais, atraída por meio de ardis, apanhada segundo ocasiões: estratégia e não método. Desse acontecimento que assim se produz impressionando aquele que o buscava, a relação não é do objeto ao sujeito do conhecimento. É uma relação ambígua, reversível, que luta belicosamente por controle, dominação e vitória: uma relação de poder. (Foucault, 2014, p. 192)

O acontecimento, o momento de manifestação da crise, é tomado como a verdade absoluta da “doença mental” e é essa visão monofocal que é aplicada como justificativa para o aprisionamento, pois esta é a verdade do indivíduo, o perigo, assim o sujeito, toda a sua vida e história são reduzidas à crise manifestada, ao ato e crime praticados. Nesse sentido, retira-se toda a humanidade e contextualização do indivíduo, dentre eles o contexto sociofamiliar,

econômico, comunitário e a responsabilidade do Estado frente às necessidades do indivíduo e da coletividade.

A relação do poder do médico sobre o indivíduo pode ser facilmente observada quando em meados do século XIX o médico francês Charcot sugestionava a suas pacientes diagnosticadas como histéricas uma sintomatologia de epilepsia, que possibilitava a visualização de uma manifestação somática da “doença mental”. Essa relação de produção da verdade e da redução do indivíduo à sua “doença mental” tem sido utilizada pela medicina, pela psiquiatria, pela justiça penal e pela criminologia. Contudo, Foucault (2014) aponta uma crise destas disciplinas, como a relação de saber-poder foi construída, as incertezas científicas destes campos, a influência de outras dimensões como a estrutura econômica e política. A relação de poder é sempre um ponto crucial nesse debate.

Com este poder que lhe fora atribuído, ora a psiquiatria se utilizava de métodos morais e da violência física e psicológica, ora animalizava os indivíduos com intervenções cirúrgicas que retirava partes não apenas biológicas, mas que simbolicamente interferia em sua própria imagem como ser humano. E foi precisamente a crítica à essa conjuntura que se conformou um movimento de médicos e de trabalhadores no campo da saúde mental que buscaram alternativas não violentas de tratamento, seja físico ou moral. Inicialmente, buscaram humanizar o hospital e posteriormente passaram a questioná-lo e eliminá-lo, compreendendo que não é possível tratar sob as mesmas bases em que a doença foi construída. Assim, em meio a uma movimentação no campo médico emerge na década de 1970 o que aqui será chamado de período da desinstitucionalização, no qual um grupo de médicos, cientistas, familiares, os próprios “loucos” e a sociedade passaram a pensar juntos estratégias de retorno destas pessoas para o corpo social.

3.1.1 Movimento da Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização: as novas estratégias de cuidado

Conforme discutido e apresentado na seção anterior, a história da assistência às pessoas com transtornos mentais passou por um importante processo de transformação. Essa seção tratará da análise das políticas de saúde mental com foco na proposta de desinstitucionalização, instituídas em alguns países e no Brasil, no contexto da Reforma Psiquiátrica iniciada na década de 1970.

Para Cohen, Ferraz e Segre (2006), a moderna psiquiatria ou psiquiatria científica, consagrada desde o final do século XIX, pode ser compreendida no que diz respeito às proposições assistenciais, ou seja, as ideias que guiavam a prática médica e as técnicas por eles utilizadas, assim a psiquiatria moderna pode ser dividida em três fases. A primeira fase conhecida como Período da Custódia, desenvolvida entre o fim do séc. XIX até a década de 1930, estava baseada na Teoria do Naturalismo de Darwin, a “lei do mais forte”, que significa dizer que sobrevive aquele que tem mais capacidade adaptativa, com base nesta teoria e compreendendo a dificuldade do doente mental de adaptar-se à vivência em sociedade, cabe ao Estado a sua custódia, predominando uma posição paternalista do Estado sob uma visão de incapacidade total do indivíduo com transtorno mental.

A segunda fase, da Terapia (1930-1950), buscava um nexo causal que origine o transtorno mental, a psiquiatria começa a conversar com a psicologia e o social, havendo a necessidade de cooperação do indivíduo em seu próprio tratamento. A Psicologia, mais especificamente o ramo da psicanálise freudiana, propôs o funcionamento mental baseado no id, ego e superego; já as ciências sociais, principalmente aquelas baseadas no marxismo, indicavam uma origem social da doença mental. Nesta fase destaca-se ainda o início de trabalhos conjuntos com o desenvolvimento de terapias, tratamentos farmacológicos e a ideia de um tratamento transitório no hospital, com período de internamento pré-definido (Ibidem).

E por fim, a fase denominada de Saúde Mental, iniciada no pós-Segunda Guerra Mundial com desdobramentos até os dias atuais. Nessa fase, já se compreende que uma intervenção unicamente médico-biológica não é suficiente, os psiquiatras passam a dividir espaço com outras categorias profissionais (psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e outros). Outro importante avanço diz respeito à mudança do vocábulo “doença mental” para “saúde mental”, retirando o enfoque da doença e transferindo-o para o fazer saúde, passa-se a ter a compreensão que a saúde mental é resultado de uma relação biopsicossocial, somando-se neste período a ampliação do uso de psicofármacos, do tratamento ambulatorial e comunitário em detrimento do tradicional hospitalar (Ibidem).

Com a escassez de comprovação biológica da dita doença mental, e da visualização do tratamento moral como violência, começam a se notar os efeitos negativos da hospitalização e o hospital vai passando a ser visto não mais como objeto de cura, mas de adoecimento. A assistência aos pacientes com doença mental que foi desenvolvida pela psiquiatria passou a ser questionada, especialmente no que concerne ao poder do médico, tendo Charcot papel central neste processo com o seu desmascaramento. Foucault (2014) diz que se passou a

desconfiar da sugestionabilidade dos psiquiatras sobre os sintomas da doença, criando um movimento de antipsiquiatria e despsiquiatria, colocando em xeque o real poder do médico sobre a doença.

Em paralelo aos questionamentos acerca do poder médico seguiu-se o que passou a ser chamado de movimento de “despsiquiatrização”, que criticavam e buscavam alternativas para a psiquiatria tradicional. Um de seus representantes foi Babinski que, se contrapondo a Charcot, procurará a não teatralização da doença, mas a sua redução, assim, o asilo teria a mesma finalidade que Pasteur infligiu aos hospitais, ou seja, “articular diretamente o diagnóstico e a terapêutica, o conhecimento da natureza da doença e a supressão de suas manifestações” (Foucault, 2014, p. 207), isto é, conhecer para tratar.

Conforme Foucault (2014), a despsiquiatrização será chamada também de “psiquiatria de produção nula”, sendo grandemente representada pela psicocirurgia e a psiquiatria farmacológica. Outra forma de despsiquiatrização, se contrapondo a Babinski, buscando ao invés de amenizar a doença, intensificá-la, não sob a perspectiva manipuladora de Charcot, mas de busca da verdade da doença, não imprimindo falsos sintomas, mas permitindo que os doentes manifestassem ao máximo a verdade de suas doenças conforme lhes condizia, sem, contudo, perder a relação de poder médico-doente.

Assim constitui-se o embate entre a antipsiquiatria e a despsiquiatrização, no qual a primeira vê na segunda formas de manutenção do poder médico. Seja minimizando ou ampliando as formas de manifestação da doença, o médico continua como um poder acima que pode controla-la, isto posto, “no cerne da antipsiquiatria existe a luta com, dentro e contra a instituição” (Foucault, 2014, p. 209). É o berço do que se tornará a discussão da desinstitucionalização.

Buscando formas alternativas ao asilo, emergiu uma movimentação internacional de humanização do tratamento dado às pessoas com transtorno mental que se ramificou em diversos aspectos, cada país passou a agir conforme a sua realidade e suas especificidades, criando-se, com isto, uma práxis ampla e heterogênea. A nível de exemplo, “a noção de desinstitucionalização surge nos EUA em decorrência do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, entendida como um conjunto de medidas de desospitalização” (Amarante, 1996, p. 15). Neste plano, desinstitucionalizar consistia apenas na retirada do indivíduo do asilo.

Cada experiência apontava questões distintas acerca dos manicômios. A comunidade terapêutica e Psicoterapia Institucional questionavam a gestão do próprio hospital e implantaram medidas de gestão democráticas do espaço; já a Psiquiatria de setor e a Psiquiatria preventiva ressaltavam o esgotamento do modelo hospitalar e a necessidade do desmonte institucional. Outras correntes como a Antipsiquiatria na Inglaterra e a Psiquiatria Democrática na Itália, aprofundavam a discussão do modelo científico psiquiátrico, um desmonte dos paradigmas que mantinham os alicerces teórico-práticos do manicômio. Essas escolas afetaram de diversas formas as reformas e o desmonte dos manicômios no Brasil. (Santos; Farias, 2014, p. 520-521)

Entre esses movimentos destacar-se-á o da Psiquiatria Democrática na Itália. Foi a partir das experiências do médico Franco Basaglia como diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia e posteriormente no Hospital Psiquiátrico de Trieste que emergiu um movimento mais complexo em prol da reforma psiquiátrica. Esse movimento ficou conhecido como “Movimento Democrático Italiano”, tendo como figuras centrais o médico psiquiatra Franco Basaglia, a senadora Franca Ongaro Basaglia e seu sucessor na direção do hospital de Trieste, Franco Rotelli (Figura 3). Inicia-se, portanto, o que chamaremos aqui de *período da desinstitucionalização* com inquestionáveis repercussões no campo da Saúde Mental no Brasil.

Figura 3: Da esquerda para a direita: Franco Basaglia, Franca Ongaro Basaglia e Franco Rotelli



Fonte: Google Imagens, 2023

Utilizando-se das palavras de Mattos (2006, p. 159): “A história da loucura pode ser dividida em antes e depois de Basaglia”. Ao assumir a direção do Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, em 1961, Franco Basaglia precisou lidar com uma situação de violência institucional que já constituía a cultura do hospital, ao visualizar os internos trancados em seus pavilhões recordou-se de seus tempos na prisão ao compor a Resistência Italiana (Amarante, 1996), movimento que lutou contra o nazismo de Hitler e o fascismo de Mussolini.

Após constatar os maus-tratos que sofriam os internos, Basaglia começa a realizar mudanças, iniciando com melhorias na hospedaria e nos cuidados técnicos ora dispensados, progressivamente foram abolidos os métodos de violência coercitiva, buscando resgatar a dignidade dos indivíduos. De início, ele se aproximará das experiências propostas por Maxwell Jones das comunidades terapêuticas e de Tosqueles sobre a psicoterapia institucional desenvolvidas em outros países. Basaglia objetivava “a transformação do manicômio em um hospital de cura”, a ser viabilizada, basicamente, pela introdução de transformações no âmbito intrahospitalar que tornassem possíveis o envolvimento de todos, “pacientes, médicos e pessoal” (Amarante, 1996, p. 68). Ele se baseará fortemente na tradição da fenomenologia existencial, em suas palavras:

o pensamento fenomenológico existencial, surgido como resposta a desumanização na qual havia entrado a Europa durante a Segunda Guerra Mundial, colocava em discussão o problema do homem, não mais como entidade abstrata, definível segundo um sistema de categorias fechadas, mas como sujeito-objeto de um sofrimento social (...) A fenomenologia existencial poderia ser, enfim, um primeiro instrumento de desmascaramento do terreno ideológico sobre o qual a ciência se funda, reivindicando a autonomia e a compreensão do dado, através do conhecimento das diversas modalidades do seu existir. (Basaglia, 1981, p. xx-xxi, apud Amarante, 1996, p. 68)

Contudo, a realidade do hospital de Gorizia, somado ao fracasso das experiências de Jones e Tosqueles, contribuiu para que Basaglia desenvolvesse uma reflexão mais profunda sobre uma proposta de reforma asilar. Mais adiante, Rotelli, sucessor de Basaglia, apontará que de certa forma foi o tardio início da reforma psiquiátrica na Itália que possibilitou refletir sobre as experiências que vinham sendo desenvolvidas mundo afora. Basaglia passa então a se aproximar das obras de Foucault e Goffman, os livros *A História da Loucura* e *Asylums*¹⁷, respectivamente, apontando como a psiquiatria se mantém como “instrumento de saber e poder, de controle e segregação” (Amarante, 1996, p. 69).

A partir de então, Basaglia passa a negar a psiquiatria enquanto ideologia, o que significa dizer que ela é utilizada como instrumento ideológico para manutenção do sistema vigente na sociedade, assim, “a psiquiatria clássica de fato está limitada à definição das síndromes nas quais o doente, extraído da sua realidade e retirado do contexto social em que vive, vem etiquetado, 'constrangido' a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica” (Basaglia, 1981, p. 384-39, apud Amarante, 1996, p. 70).

¹⁷ No Brasil foi publicado com o título de “Manicômios, prisões e conventos”.

Na busca de outras bases no qual compreender a realidade, Basaglia passa a se aproximar de alguns autores clássicos, tais como as contribuições de Hegel, especialmente da obra *Fenomenologia do Espírito* (1807) sobre a dialética servo-senhor, que ele compara com a dialética médico-paciente e a relação de poder que é constituída. Assim como as reflexões de Sartre em *Crítica à Razão Dialética* (1960), no qual Basaglia se embasa para criticar o afastamento do psiquiatra com o doente, quando é estabelecido uma hierarquia entre o que detém conhecimento (o médico) e o que é subordinado a este conhecimento (o paciente), comparando com o distanciamento do pesquisador do seu objeto de pesquisa, cuja interpretação se dá de forma ideológica (abstrata) sem contato com o real (concreto). E também em Gramsci na ideia desenvolvida sobre os intelectuais orgânicos que atuam como funcionários e serviços do consenso, ou seja, para manutenção da ordem vigente, criticando com base neste conceito os profissionais que atuam na busca de reforçar e afirmar as medidas de violência como necessárias para o tratamento da doença mental (Amarante, 1996, p. 74).

É a partir destas leituras que Basaglia passa a criticar às experiências de comunidade terapêutica e psicoterapia institucional, e se aproximando das discussões de Foucault, Goffman, Hegel, Sartre e Gramsci, ele passa a procurar mudanças que não se limitem a questões de técnicas. Assim, a partir desse arcabouço teórico orientador, Basaglia desenvolveu mudanças que não se limitaram às questões técnicas em Gorizia. De acordo com Amarante (1996, p. 73), as mudanças estabelecidas estavam guiadas por três linhas de intervenção: 1) discussões acerca da origem e do pertencimento de classe dos internos; 2) crítica a pretensa neutralidade e produção de verdade das ciências e; 3) a função de tutela e controle social da psiquiatria, do manicômio e do técnico na constituição da hegemonia.

Assim, Basaglia percebeu que não bastava implementar mudanças intra-hospitalares. Fez-se necessário levar esse debate para toda a sociedade que por tanto tempo se esquivou de sua responsabilidade, portanto, as alternativas de mudanças deveriam ser construídas no espaço real onde a vida ocorre. Em decorrência desse entendimento, os primeiros pavilhões de Gorizia começaram a ser abertos, gerando uma agitação na comunidade local entre aqueles que eram a favor e aqueles que eram contra. Já no final da década de 1960, em meio aos grandes movimentos sociais que permeavam a Europa, ganha destaque o debate acerca da violência institucional, da segregação e do autoritarismo vivenciados dentro das instituições psiquiátricas. E, em oposição a essas situações que feriam a dignidade humana, a experiência de Gorizia começou a repercutir em diversos países (Amarante, 1996, p.122).

Em 1968, Basaglia avança em suas estratégias de cuidado iniciando um processo de fechamento do hospital de Gorizia ao considerar que o hospital psiquiátrico não tinha fins terapêuticos, mas de controle social de segmentos marginalizados da população. Apoiado pela equipe técnica foi enviada para administração municipal uma reivindicação para o fechamento do hospital, a qual foi negada. Em resposta a essa negativa, a equipe completa dá alta a todos os pacientes e depois pede demissão em massa (Amarante, 1996).

O hospital recebe então uma nova direção que readmite muitos dos ex-internos. Contudo, a experiência de Gorizia começa a se tornar inspiração para outras cidades italianas, e até mesmo para outros países, resultando, em 1969, na ida de Basaglia para os EUA como professor convidado do *Mental Health Center*, se aproximando da ‘terceira revolução psiquiátrica’, a chamada psiquiatria comunitária. Ao retornar à Itália, na década de 1970, assume a direção do Hospital Psiquiátrico Provincial de Trieste, com 1.200 internos, dos quais cerca de 900 estava sob tutela judicial (Amarante, 1996).

Logo, Basaglia alcança alguns avanços: em 1971 ele consegue que a administração local subsidie os pacientes em alta para que possam cuidar do próprio tratamento. É inaugurada a Cooperativa dos Trabalhadores Unidos, que realizavam atividades de limpeza, não apenas no hospital, mas também com contratos externos. E em dezembro é fechado o primeiro pavilhão, o P, que posteriormente será transformado no Laboratório P, com oficinas e ateliês, para a realização de atividades culturais, com a colaboração de pintores, escritores, animadores culturais, professores, diretores de teatro e cinema, fotógrafos. Em 1973, é criada a categoria de hóspede para aqueles que mesmo com alta médica não possuem recursos próprios para subsistência, e lhes é então cedido um espaço dentro do hospital para morarem. Como hóspedes, podem entrar e sair, não recebem tratamento coercitivo, não estão tutelados, recebendo, ainda, subsídio financeiro do Estado (Amarante, 1996).

Em 1973 a Organização Mundial da Saúde (OMS) “credencia o Serviço Psiquiátrico de Trieste como referência para a pesquisa no âmbito da saúde mental” (Amarante, 1996, p. 123). Em 1975 é inaugurado o Centro de Saúde Mental, em Aurisina, iniciando com isto a noção de uma rede de serviços territoriais substitutiva ao hospital psiquiátrico, depois abriram-se mais seis Centros, eles ofereciam atendimentos integral, todos os dias, com funcionamento 24 horas, com acolhimento de crise, atendimento domiciliar e apoio social.

Finalmente, em 1976, o Hospital Psiquiátrico Provincial de Trieste fecha as portas para novos internos, e toda assistência é dispensada a partir dos Centros, das cooperativas, dos

grupos-apartamentos e do serviço de emergência em Hospital-Geral. Dois anos depois, Franca Ongaro Basaglia, que muito além de ser companheira de Franco Basaglia, foi uma grande militante do Movimento de Psiquiatria Democrática, eleita senadora, elaborou o projeto que deu origem à Lei nº 180, de 13 de maio de 1978, Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, também conhecida como “Lei Basaglia”, esta lei mais tarde influenciou a elaboração da Lei de Reforma Psiquiátrica Brasileira, Lei nº 10.216/01.

Franca O. Basaglia criticava fortemente o positivismo da ciência médica, o enfoque biologizante, enfatizando a necessidade de compreender o sujeito inserido dentro de um corpo social (Amarante; Cruz, 2008). Conforme já anunciado, Franco Basaglia criticava fortemente a institucionalização e a descaracterização do cidadão pelo internamento, em suas palavras: “pelo simples fato de estar internado, passa a ser um cidadão sem direitos, abandonado à arbitrariedade dos médicos e enfermeiros, os quais podem fazer dele o que bem entendem, sem que haja possibilidade de apelo” (Foucault, 2014, p. 210).

Assim, ambos enfatizavam a necessidade de uma visão social do indivíduo, que era minimizado pela sua doença aos olhos da sociedade de então. Pela inovação e pela proporção que tomou, o modelo italiano se tornou um dos principais influenciadores do futuro movimento brasileiro, principalmente com a aproximação de Franco Basaglia com os militantes do Brasil, especialmente após sua vinda em 1978.

Após a morte precoce de Basaglia, Franco Rotelli assume o Hospital de Trieste em 1980, e dá continuidade ao processo iniciado pelo seu antecessor. Rotelli continuará as críticas do poder científico, da exclusão e da descontextualização dos indivíduos da vida social. A ciência por muito tempo se colocou como saber absoluto, incontestável e na contramão desse entendimento autoconstruído pela ciência, Rotelli afirma que o louco, à sua maneira, também tem algo que ensinar:

Então, nós temos muitas coisas a aprender [...] a guerra contra o estigma e contra os procedimentos de exclusão dentro dos contextos; imaginar que cada um destes sujeitos possa ser protagonista de sua história e que nós possamos acompanhar tal protagonismo; que cada uma destas pessoas tenha necessidade de associar-se e que possamos ajudá-las nestas associações; saber aprender que as famílias destas pessoas estão carregadas de angústias, mas podem ser um recurso importantíssimo; aprender a ajudar estas famílias a estarem juntas, a compartilharem a própria angústia e a serem elementos de luta para a transformação; aprender que a liberdade é terapêutica. (Rotelli, 2008, p. 41)

A partir desta compreensão, o louco não é mais visto como um ser incapaz e irracional, ou seja, como um mero paciente, mas como protagonista de sua própria história e que tem o direito de participar na construção de seu tratamento, não mais como um agente passivo e tutelado, mas como um agente que deve ter voz ativa.

Em suma, a partir da análise de todo este processo histórico é que se compreende como foi materializada a relação de poder sobre a doença mental, tendo o hospital como instrumento elementar da institucionalização idealizada por Pinel, sendo a principal oposição a esse modelo as críticas embasadas nas ideias de desinstitucionalização idealizadas por Basaglia, com foco no retorno das pessoas com transtorno mental para o meio social. Entretanto, há um vácuo no tocante àqueles que estão presos nas malhas do direito penal, e que estão institucionalizados não apenas pela saúde, mas também pela justiça. É sobre esses que se debruçará este estudo, a desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental que está em conflito com a lei.

3.1.2 Breve discussão histórica sobre a pessoa com transtorno mental no Brasil

O advento de invasão das terras do Brasil pelos portugueses, em 1500, abriu as portas do novo mundo para a violência do velho mundo, não apenas as guerras e a escravidão dizimaram vidas, mas as doenças trazidas pelos colonizadores promoveram um brusco processo de transição epidemiológica dos povos nativos. O perfil de saúde-doença da população, então, constituída como brasileira foi se tornando uma das piores do mundo ao ponto de o país ser considerado um matadouro de estrangeiros (Bertolli Filho, 2001).

Nas tentativas de controlar a disseminação de doenças no território nacional algumas medidas foram tomadas, como a criação, no século XVI, do Conselho Ultramarino português, responsável por zelar pela saúde das colônias. Vale lembrar, que neste século já havia o feitio de lançar os loucos à própria sorte nos navios que zarpavam dos portos europeus, a já mencionada “Nau dos Insensatos” (Bertolli Filho, 2001; Ribeiro, 1995; Foucault, 2014; Sevcenko, 2018).

A vinda da família real portuguesa para a colônia do Brasil, em 1808, e a posterior Proclamação da Independência, em 1822, também vieram acompanhadas de uma preocupação com a saúde nacional, foi então criada a Inspetoria de Saúde dos Portos, em 1828, responsável por fiscalizar a presença de passageiros doentes e o submeterem a quarentena numa ilha

próxima à baía de Guanabara (Bertolli Filho, 2001). Essa prática da quarentena, ou seja, afastamento dos indivíduos potencialmente enfermos do grupo social, já era uma prática realizada na Europa e descrita por Foucault no desenvolvimento da Medicina Social em meados dos séculos XVIII e XIX (Foucault, 2014).

Em 1829, foi criada a Imperial Academia de Medicina e a Junta de Higiene Pública, as quais eram compostas por médicos que tinham o objetivo de instruir o monarca nas questões da saúde, contudo essas iniciativas se mostraram pouco eficazes. Àquela época, a Teoria Miasmática era atribuída à causa das doenças, como sendo causadas pelo ar poluído que vinha do mar e adentrava as cidades (Foucault, 2014).

Durante o período imperial (1808-1889) o tratamento dado aos loucos era o praticado na época medieval descrito na seção anterior. O destino reservado para essas pessoas era a prisão por vagabundagem, perturbação da ordem pública ou serem “encarceradas nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia” (Costa, 1981, p. 21). Tal fato, remete à importância que este grupo religioso ligado à Igreja Apostólica Católica Romana teve no âmbito do atendimento hospitalar desde o início do processo de colonização (Bertolli Filho, 2001, p. 11).

Foi em 1498 que a regente portuguesa dona Leonor fundou o primeiro hospital da Santa Casa de Misericórdia, cumprindo a promessa cristã de socorrer todos os enfermos, principalmente os mais pobres. A transposição desse ideal para os territórios colonizados por Portugal levou à criação das Santas Casas nos principais núcleos brasileiros. A primeira foi fundada na vila de Santos, em 1543, seguida pelas do Espírito Santo, da Bahia, do Rio de Janeiro e da vila de São Paulo, ainda no século XVI. Todas elas foram financiadas por doações feitas pelas elites regionais e por verbas públicas. (Bertolli Filho, 2001, p. 11)

Mattos (2006, p. 61), aponta que “o registro mais antigo de internação psiquiátrica no Brasil data de 1817, na Santa casa de Misericórdia da Cidade de São João del Rei, em Minas Gerais”. Em 1830, um grupo de médicos higienistas formam a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e começam a cobrar do Estado a construção de hospícios para o tratamento do “doente mental”. A criação do primeiro hospício do país se deu através do decreto do Imperador Dom Pedro II em 1841 e foi somente em 1852 que o “Hospício de Pedro II”¹⁸ foi inaugurado. Esse hospício foi construído próximo à Praia de Botafogo, entre a Praia Vermelha

¹⁸ Segundo Santos e Farias (2014, p. 519) esta instituição trocou de nome no decorrer do tempo: “Alterações históricas: 1852-1890 – Hospício de Pedro II (HPPII); 1890-1911 – Hospício Nacional de Alienados (HNA); 1911-1927 – Hospital Nacional de Alienados (HNA); 1927-1943 – Hospital Nacional de Psicopatas”. A passagem de hospício para hospital e de alienados para psicopatas reflete a visão político, científica e social dos loucos nestes períodos.

e o Pão de Açúcar, na época um lugar afastado, considerado de difícil acesso ao centro urbano do Rio de Janeiro (Santos; Farias, 2014).

Essa localização revela o processo de segregação espacial de tais pessoas, não apenas no sentido de retirada do meio público, mas também de distanciamento da vista da sociedade, destinando-os a um local ermo. Foi estruturado fisicamente em sessão administrativa, técnica e científica, e pavilhões de homens e mulheres em separado.

Esse hospício foi gerido pela “Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, não sendo considerado, portanto, uma instituição efetivamente médica e sim de caridade” (Amarante, 2012, p. 736). Recorrer às Santas Casas era quase como uma sentença de morte, “os doentes tinham muito medo de ser internados nos raros hospitais públicos e nas Santas Casas. Em suas enfermarias misturavam-se pacientes de todos os tipos, sendo comum dois ou mais doentes dividirem o mesmo leito” (Bertolli Filho, 2001, p. 10).

Salienta-se que àquela época o país era assolado por doenças infectocontagiosas e a falta de medidas de distanciamento, por exemplo, como a partilha de leitos era um grande fator de contágio dentro dos hospitais. Essa cultura de extermínio da população pobre não é algo novo e nem exclusivo do Brasil. Conforme discutido acima, Foucault discorreu como no século XVIII os pobres eram tratados com descaso na Europa e como o hospital a princípio não era tido como local de tratamento e cura, mas sim de morte (Foucault, 2014).

Após a instalação do Hospício Pedro II, teve início a criação de muitos outros por todo o território nacional, caracterizando, neste período, as primeiras iniciativas de assistência aos doentes mentais. Engel (2018) evidencia estas ações como estratégias de controle social baseadas na subordinação e disciplinarização de corpos e mentes. Um outro aspecto que deve ser ressaltado neste período refere-se à introdução, em 1879, da disciplina de Clínica Psiquiátrica nas faculdades de Medicina do país¹⁹, e em 1881 da disciplina de “Doenças Nervosas e Mentais”. Houve no ensino da medicina mental uma enorme influência da psiquiatria francesa pineliana, seguindo, inclusive, os tratamentos de cunho moral e, no caso das mulheres, intervenções cirúrgicas, como exemplo, em 1901 foi defendida por Urbano Garcia uma tese na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro acerca do sucesso das intervenções cirúrgicas ginecológicas (retirada do clítoris) nas mulheres em algumas experiências realizadas no Brasil (Engel, 2018).

¹⁹ As primeiras escolas de medicina do país foram fundadas no Rio de Janeiro, em 1813, e na Bahia, em 1815 (Bertolli Filho, 2001)

Foi apenas em 1881 que o primeiro médico, ainda que generalista, Nuno de Andrade, assume a direção do Hospício de Pedro II, e em 1886 a direção é passada para o primeiro médico-psiquiatra, Teixeira Brandão, mantendo-se, contudo, sob a administração geral das Santas Casas (Costa, 1980).

Com a proclamação da República Federativa do Brasil, em 1889, o lema de inspiração positivista²⁰ “Ordem e Progresso”, exposto na bandeira nacional, direcionará o país para um processo de modernização. Ora, não por acaso um ano antes ocorrera a abolição “formal” da escravidão no Brasil, substituindo a mão de obra escrava pela do homem livre que vende sua força de trabalho, o país finalmente entrou completamente na lógica capitalista de venda e exploração da força de trabalho. Assim:

A necessidade urgente de atualizar a economia e a sociedade - escravistas, até pouco antes - com o mundo capitalista mais avançado favoreceu a redefinição dos trabalhadores brasileiros como *capital humano*²¹. Essa idéia tinha por base o reconhecimento de que as funções produtivas são a fonte geradora da riqueza das nações. Assim, a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seria o caminho indicado para alterar a história do país, considerado no exterior como “região bárbara”. Era preciso sintonizá-lo com a sociedade então rotulada de “civilizada” e que tinha como modelo as nações mais ricas do mundo. (Bertolli Filho, 2001, p. 12)

Com o advento de um médico na direção do principal hospício do país, dá-se início ao que Bertolli Filho (2001) mostrou como uma onda higienista de hospitalização compulsória de indivíduos com doenças contagiosas ou doença mental. Há, portanto, um alinhamento da psiquiatria com as políticas de controle social da Primeira República.

São marcos deste período, ainda, a criação da “Assistência Médico-Legal aos Alienados”, o primeiro órgão nacional de normatização e gestão da assistência, além da criação das primeiras Colônias de Alienados, a Colônia de São Bento e a Colônia de Mesquita, ambas localizadas na Ilha do Galeão, Rio de Janeiro (Amarante, 2012). Não obstante, apesar da denominação de “Colônia” o modelo asilar permanecia.

Pode-se descrever as Colônias como “instituições psiquiátricas que se baseavam no princípio de que o trabalho seria uma forma eficaz de tratamento moral da alienação mental,

²⁰ O positivismo foi uma corrente de pensamento liderada por Augusto Comte e que teve grande repercussão no Brasil, ela enfatiza a necessidade de cooperação harmoniosa entre trabalhadores e patrões, no mais, possui um grande viés cientificador que busca apoiar-se em bases que possam ser comprovadas empiricamente, buscando, dentre outras coisas, o desenvolvimento do país.

²¹ A partir de uma crítica marxista, nega-se o uso do conceito de “capital humano”, que coisifica o ser humano no sistema de produção capitalista, e o torna mercadoria (Iamamoto; Carvalho, 2014).

uma vez que disciplinaria os indivíduos que, por conta da natureza de suas enfermidades, tinham as mentes degradadas” (Amarante, 2012, p. 736). Estas colônias somam em si a exploração da força de trabalho e o tratamento moral do indivíduo como fatores de “cura” para a “doença mental”, assim como fora preconizado por Pinel no século XIX.

Em 1890, o hospício de Pedro II foi renomeado para “Hospital Nacional dos Alienados”, saindo da administração da Santa Casa de Misericórdia e passando a ser de responsabilidade total do Estado brasileiro. No governo do presidente Campos Sales, em 1899, o financiamento dado à assistência psiquiátrica reduz abruptamente (Costa, 1980). Em 1902, no governo do presidente Rodrigues Alves é realizado um inquérito neste hospício onde é comprovado que ali não havia tratamento de qualquer ordem, caracterizando-se apenas como uma casa de detenção de loucos.

O presidente, então, põe Juliano Moreira, um psiquiatra negro, como diretor deste hospital, o qual propõe uma reformulação da assistência psiquiátrica, pois, até então, as práticas psiquiátricas eram baseadas nas teorias francesas, atravessadas, também, pelas práticas religiosas. Dentre as conquistas de Moreira e de seus apoiadores pode-se contar com “o reconhecimento jurídico da psiquiatria, o desenvolvimento de pesquisa psiquiátrica, a consolidação de mecanismos institucionais de formação de outros psiquiatras (é com eles que começa o internato psiquiátrico)” (Costa, 1980, p. 23-24). Entretanto, apesar das conquistas, salienta-se que Moreira tinha uma visão biologizante da doença mental, defendendo que causas biológicas podiam ser a origem dos problemas psiquiátricos e culturais do país.

A primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados foi promulgada em 1903. Seguindo os moldes europeus, o Brasil iniciou o seu próprio processo de segregação e higienismo nos centros urbanos, começando pela cidade do Rio de Janeiro, na época Distrito Federal. Esse processo de reestruturação de base higienista influenciou outras cidades brasileiras, “seriam reformadas, modernizadas e ampliadas as instalações presidiárias, penitenciárias, os manicômios e hospitais públicos” (Sevcenko, 2018, p. 86). Não por acaso, nessa época, foi criado o primeiro manicômio judiciário do Brasil, localizado no Rio de Janeiro.

Com viés de aprisionamento criou-se uma sessão especial para os loucos criminosos no Hospício Nacional de Alienados a partir do Decreto nº 1.132/03. Esta ala foi denominada de Seção Lombroso, em homenagem ao médico italiano que descreveu a categoria do criminoso nato e da predisposição do louco ao crime. Posteriormente, através do Decreto nº

14.831/21 decidiu-se pela criação de uma instituição exclusiva para o louco criminoso, e assim surgiu o primeiro manicômio judiciário do Brasil e da América Latina, o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro²² (MJRJ). A passagem de uma ala especial para uma instituição especial para este público deu-se por dois fatores, primeiramente pelo assassinato de Clarice Índio do Brasil, em 1919, e a fuga de internos da Seção Lombroso, em 1920 (Santos; Farias, 2014).

O Manicômio Judiciário passou a ser o *locus* para os estudos da Psiquiatria Forense e esta aliança entre a Justiça e a Psiquiatria foi crucial para determinar o destino dado a estas pessoas. Santos e Farias (2014, p. 518) ressaltam que “esta passagem entre ala ou seção especial para os manicômios judiciários evidencia a supremacia da Psiquiatria nos eventos jurídicos”, fato que influencia as decisões dos magistrados até os dias atuais.

Para divulgação do pensamento psiquiátrico nacional da época são criados os Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins, em 1905, logo após, em 1907 cria-se a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina-Legal, reunindo os principais médicos da área. Em 1912, a psiquiatria torna-se uma especialidade médica e até 1920 há um crescimento significativo de hospitais psiquiátricos, “durante este período são inaugurados a Colônia de Engenho de Dentro, a Colônia de Jacarepaguá e o Manicômio Judiciário” (Costa, 1980, p. 23). Em 1923, no Rio de Janeiro, é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que foi “uma entidade civil, reconhecida de utilidade pública, que funcionava com uma subvenção federal, com a ajuda benévola de filantropos” (Costa, 1980, p. 27). Baseada no eugenismo, editou a revista “Archivos Brasileiros de Hygiene Mental”, responsável por compartilhar seus ideários racistas.

O Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal (Rio de Janeiro), criado em 1927, passou a administrar todos os estabelecimentos psiquiátricos locais e como consequência da Revolução de 1930, e início da Era Vargas, a instituição criada por Washington Luís é incorporada ao Ministério da Educação e Saúde, seguindo a tendência da burocracia federal cerne da agenda de governo do novo presidente (Costa, 1980). Durante a Era Vargas, o presidente se equilibrava entre medidas repressivas e medidas populistas²³, de

²² Após a morte de seu primeiro diretor, o MJRJ foi renomeado de Manicômio Judiciário Heitor Carrilho (MJHC) (Santos; Farias, 2014). Heitor Carrilho nasceu no Rio Grande do Norte e aos 20 anos defendeu sua tese de doutorado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Nordestino e discípulo de um médico negro, Juliano Moreira, Carrilho foi o idealizador, realizador, reformador e primeiro diretor do MJRJ (Medeiros, 2004).

²³ Compreendendo, aqui, populismo enquanto um “mecanismo de deslegitimação dos interesses populares, sob a forma de uma reação liberal à entrada das massas trabalhadoras na política” (Souza, 2019, p. 130). Concordando com Jessé de Souza, o populismo por vezes foi utilizado como instrumento para deslegitimar as lutas sociais por

um lado centralizou a máquina estatal e bloqueava as reivindicações sociais, por outro lado promovia políticas sociais, tendo um grande avanço, por exemplo, nas questões do trabalho com a promulgação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (Bertolli Filho, 2001),

Apesar dos avanços na área trabalhista, o governo Vargas caminhou a passos lentos no âmbito da saúde e não houve avanços significativos na área da saúde mental, que permanecia com a mesma receita dos períodos anteriores, a internação como solução. Em 1934, é promulgado o Decreto nº 24.559 que “dispõe sobre a prophylaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos” (Costa, 1980, p. 23). Tratando a pessoa com transtorno mental por “psicopata”, é instituído o internamento para sua suposta proteção. Há um silêncio popular e um conformismo aceca deste tipo de “tratamento”.

Naquele momento histórico, a psiquiatria brasileira estava imersa no conceito de Eugenia. Como se sabe, a eugenia referiu-se à “ciência que estuda as características raciais dos grupos humanos” produzindo uma hierarquia entre as raças. Os eugenistas, como ficaram conhecidos, cunharam a ideia de que “a qualidade racial dos brasileiros era um dos principais motivos das moléstias e da miséria do país”, dentre estas moléstias, inclui-se a doença mental (Bertolli Filho, 2001, p. 23-35). Seguindo, portanto, esta ideia e baseando-se numa causalidade biológica da doença mental fomentou-se a noção de raça superior e inferior. Tal conceito apoiou-se fortemente na tradição da psiquiatria alemã, especialmente na Liga Alemã de Higiene Psíquica e Higiene Racial, que prezava pela pureza racial, com ações como esterilização compulsória dos “degenerados” (Costa, 1980).

Segundo Costa (1980), sob as orientações da LBHM foi instituída uma política eugenista que presava pela arianização do Brasil, lançando as bases científicas do preconceito racial quando foi apregoado que o branco valia mais que o mestiço, e por sua vez este valia mais que o negro. O autor reitera ao dizer que “à ideologia do embranquecimento racial corresponderia a noção de eugenia como “higiene psíquica individual” e à ideologia da pureza racial corresponderia a noção de eugenia enquanto “higiene social da raça”” (Costa, 1980, p. 32-33). Ideologias essas que tornam a medicina cúmplice da moral.

Assim, a teoria eugênica baseada numa causalidade biologizante amparou os preconceitos da época, com a promoção de propagandas racistas que estimulavam a arianização em um país recém-saído de um sistema escravagista, que adentrava num sistema

meio da concessão de mínimos sociais conferidos por políticas públicas que não alcançam a real necessidade da população.

capitalista concorrencial, num cenário internacional de crises²⁴. Essa tendência eugênica perdurou por longos anos no meio dos profissionais de saúde que “assumiram essa perspectiva até o início de 1942, quando, pressionado pelos Estados Unidos, Vargas juntou-se aos Aliados na Segunda Guerra Mundial” (Bertolli Filho, 2001, p. 36), com isto, viu-se pressionado a se afastar das ideologias alemãs, dentre elas o eugenismo.

O cenário da saúde mental continuou estagnado no eixo da internação até meados da década de 1960 e 1970, quando o Brasil estava novamente sob um regime político ditatorial, agora de origem civil-militar, que reduziu drasticamente a participação social e os debates públicos. No campo sanitário, o Ministério da Saúde sofreu mais uma vez com a redução de verbas, tendo forte crescimento do setor privado. Amarante (2012) demonstra um crescimento de 3.034 leitos psiquiátricos privados em 1941, para 55.670 em 1978, e Martins, Assis e Bolsoni (2019) trazem estimativas que os leitos psiquiátricos privados saltaram de 14 mil no início da ditadura para 74 mil na década de 1970.

Esse processo de privatização da saúde, e nesse caso, dos leitos psiquiátricos passou a ser denominado de mercantilização da loucura ou indústria da loucura (Amarante, 2019). Nas palavras de Correia (2004, p. 73):

A partir dos anos 60, se tem constituído no Brasil uma verdadeira e autêntica indústria para enfrentamento da loucura. Esta provocou um poder de corrupção e uma perversão no circuito de assistência psiquiátrica: os hospitais psiquiátricos conveniados incentivaram a cronicidade das doenças com o objetivo do lucro. Os custos globais da psiquiatria alcançaram níveis desproporcionais e têm crescido ainda mais, em detrimento de outras necessidades sanitárias prementes do País. (Correia, 2004, p. 73)

Amarante (2023, p. 1) complementa que “na virada dos anos 70 para os 80, existiam mais de 80 mil pessoas internadas em manicômios. As famosas colônias de alienados e os demais manicômios sugavam 97% de todo o recurso financeiro que era destinado à psiquiatria”; comprovando, com isto, a centralidade do modelo hospitalar. E, mais ainda, havendo uma prevalência do setor privado no trato da saúde mental, este montante dos recursos públicos eram destinados para os leitos privados. Bertolli Filho (2001) evidencia que no período ditatorial há um espraiamento do setor privado no país constituído por clínicas e hospitais, além da indústria farmacêutica e de equipamentos.

²⁴ Entre 1914-1918 o mundo viveu a Primeira Guerra Mundial; em 1929 a quebra da bolsa de valores de Nova York causou a chamada “Crise de 1929” ou “A Grande Depressão”; depois, entre “1939-1945” foi a Segunda Guerra Mundial.

A saúde estava um caos, o Estado havia sido sequestrado pelo exército, a população estava à mercê da má gestão, a corrupção era a doença que corroía a máquina pública. E foi nesta conjuntura que emergiram importantes movimentos sociais, sobretudo nos anos de 1970, em busca da redemocratização do país. No campo da saúde, dois ganham destaque, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e o Movimento da Reforma Psiquiátrica. Sobre esse último movimento, salienta-se que naquele período ainda não eram utilizados os termos “saúde mental” e nem “Reforma Psiquiátrica”, o primeiro por àquela época estar restrita a propostas de psiquiatria preventiva, e o segundo só seria aderido em meados de 1980-1990, época em que se popularizou também o termo “Reforma Sanitária” (Amarante, Nunes, 2018).

Até meados dos anos de 1970, a loucura estava institucionalizada nos manicômios, isso ocorria no Brasil e no mundo, e como explicitado no capítulo anterior, o tratamento dado ao “doente mental” passou a ser fortemente questionado. No Brasil, Amarante (2018) explica que as críticas ao tratamento dado aos indivíduos com transtorno mentais foram realizadas especialmente pelos profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos.

No Rio de Janeiro, esses profissionais denunciaram as inúmeras situações de maus-tratos ao qual eram submetidos os pacientes, para além das denúncias “se sucederam paralisações das atividades o que levou o governo da época, em retaliação” (MPF, 2011, p. 19). As denúncias resultaram em uma demissão em massa de 260 profissionais, que incitou no surgimento, em 1978, do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) “primeiro sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica” (Amarante; Nunes, 2018, p. 2068). Posteriormente, esse movimento passou a agregar usuários, familiares e sociedade civil, e assim constituiu-se como o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), mas até que isso ocorra, muitos eventos se sucederam.

O MTSM realizou atos importantes, em 1978 dois eventos recebem destaque: o “V Congresso Brasileiro de Psiquiatria”, em Santa Catarina, que devido a repercussão de seu debate político-científico ficou conhecido como “Congresso da Abertura”; e, em seguida, o “I Simpósio sobre Políticas, Grupos e Instituições”, no Rio de Janeiro, que contou com a presença de figuras internacionais do movimento, como Franco Basaglia, Robert Castel, Felix Guattari, Ronald Laing, Donald Cooper, Howard Becker, Thomas Szasz e outros. A vinda destes cientistas efervesceu e ampliou ainda mais o debate, este evento teve ainda a intenção de fundar o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI) (Amarante; Nunes, 2018). A vinda de Basaglia foi extremamente importante, pois recentemente a Itália

havia promulgado a “Lei Basaglia”, como ficou conhecida a Lei de Reforma Psiquiátrica Italiana, e que serviu de inspiração para o movimento brasileiro (MPF, 2011; Santos; Farias, 2014).

No mesmo ano, o MTSM também obteve alianças importantes, destacando-se a aproximação desse movimento ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), nesse espaço foram criadas comissões de saúde mental nos estados onde o CEBES era mais atuante, destacando-se o Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Bahia. Produtos importantes advindos dessas comissões foram divulgados como o relatório da comissão carioca que foi apresentado no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados (1979), nesse mesmo dia também foi apresentado pelo CEBES a proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS) materializado no documento intitulado “A questão democrática da Saúde” (Amarante; Nunes, 2018; MPF, 2011).

O I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental foi realizado em São Paulo em 1979, neste evento ficou acordado que a luta pela saúde mental não deve estar à parte da luta pela saúde como um todo, traz, portanto, uma aproximação do MTSM com o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira. Foi ainda neste ano que ocorreu a aliança com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)²⁵. Ainda no final dessa década, houveram o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, com a presença de Franco Basaglia²⁶, Antonio Slavich e Robert Castel (Amarante; Nunes, 2018; MPF, 2011).

Ao visitar o Hospital Colônia de Barbacena (MG), na década de 1970, Franco Basaglia nomeou o lugar de campo de concentração. Vale correlacionar esta visão com a interpretação de Mbembe (2018) do nazismo alemão, apoiado em Hannah Arendt e Enzo Traverso, para o autor esse processo é trajado de uma desumanização e industrialização da morte que de forma mecanizada “transformou-se em um processo puramente técnico, impessoal, silencioso e rápido. Esse processo foi, em parte, facilitado pelos estereótipos racistas e pelo florescimento de classe” (Mbembe, 2018, p. 21). Se analisar esta interpretação

²⁵ A aproximação do movimento à ABRASCO e ao CEBES foi de suma importância, visto que ambas as instituições foram, e ainda são, grandes responsáveis por incentivar o debate da saúde em âmbito nacional. Um marco destas alianças, foi a criação, em 2007, da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), que nasceu oriunda de debates que emergiram dentro da ABRASCO e de seus congressos.

²⁶ Um ano após sua vinda ao Brasil, Basaglia falece aos 56 anos, sendo uma perda irreparável. Contudo, sua vinda ao Brasil, em 1979, deixou frutos, sendo noticiada pela mídia nacional, trouxe visibilidade ao movimento, inspirou obras que ficaram consagradas, tais como o documentário “*Nos porões da loucura*” de Hiram Firmino, que compõe a coletânea das crônicas publicadas no *Diário de Minas*, e o premiado curta *Em nome da Razão* de Helvécio Ratton (Amarante; Nunes, 2018).

de Mbembe sobre o holocausto com a visão basagliana dos campos de concentração nos hospitais psiquiátricos, visualiza-se o hospital psiquiátrico como um destino de morte.

Este campo da morte brasileiro que chocou Basaglia, matou no mínimo, 60 mil pessoas²⁷. Pessoas que chegavam de trem (nomeados de “Trem de doido”) e tinham suas cabeças raspadas, perdiam seus nomes e eram rebatizadas no hospital, comparados com o contexto de Auschwitz. Alcoolistas, prostitutas, homossexuais, epiléticos, mulheres que perderam a virgindade antes do casamento ou que exigiam salário igual ao dos homens, pessoas que morreram de frio, fome, doenças, eletrochoque, assassinadas pelo Estado (Arbex, 2019).

Figura 4: Internos da Colônia de Barbacena, na década de 1960.



Fonte: (Arbex, 2019)

A continuidade da institucionalização intramuros, a defesa do hospital psiquiátrico, o retrocesso ao uso do eletrochoque são planos políticos que respondem a uma determinada classe e a uma determinada raça. Comparar o horror do holocausto com o horror dos hospitais psiquiátricos não é um apelo ou manipulação emocional do leitor, mas, como demonstrou Daniela Arbex em sua obra “Holocausto Brasileiro” (2019), não se trata de uma banalização do termo, mas uma necessidade para mostrar o nível que chegou o tratamento dado aos “doentes mentais” no Brasil. E mais, a invisibilidade desta realidade tão próxima demonstra

²⁷“Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida. (Arbex, 2019, p. 15)

como a maldade e o genocídio na Europa, com uma população majoritariamente branca, comove muito mais do que na periferia do Brasil com uma população majoritariamente negra.

Ao adentrar a década de 1980, compõe-se um cenário de duras críticas à conjuntura política, econômica e social da época. Os movimentos sociais estavam em efervescência gritando pelo fim da ditadura civil-militar, que começara em 1º de abril de 1964, e, também, pela democratização da saúde no país. Também foi sendo posto em xeque o “tratamento” dado às pessoas com transtorno mental, o qual enfatizava o modelo biomédico, centrado no hospital e na segregação social.

Devido à soberania do conhecimento psiquiátrico sobre a loucura, ficou conhecido como Movimento de Reforma Psiquiátrica, o qual propôs mudanças teóricas, técnicas e ideológicas, objetivando o resgate das histórias dos indivíduos que foram invisibilizados através do debate acerca da humanização, dos direitos humanos e da cidadania dessas pessoas. Com o avançar dos debates notou-se que não bastava criticar e buscar reformar a psiquiatria, visto que o tratamento dado a tais pessoas deve ser inter e multidisciplinar, também não bastava criticar o tratamento dado dentro do hospital, mas criticar a necessidade da existência do próprio hospital psiquiátrico.

Assim, o movimento que surgiu como Movimento de Reforma Psiquiátrica, gradativamente se transformou no Movimento de Luta Antimanicomial, onde não bastava a desospitalização, mas começou-se a discutir a desinstitucionalização.

Toda uma análise crítica do próprio fazer científico, como instrumento de poder, somada às denúncias feitas pelo Movimento acabou por revelar o hospital psiquiátrico como instituição muito mais alienante que assistencial, com função mais custodial do que efetivamente terapêutica; a loucura deixava de ser uma questão exclusivamente técnica, para se tornar uma questão que diz respeito a toda a sociedade, assim o próprio objeto da psiquiatria deixava de ser a doença para se tornar o sujeito de experiência mental diferenciada, a pessoa, o cidadão em sofrimento. Assim a chamada “reforma psiquiátrica” afirmou-se como um dos movimentos mais expressivos e atuantes no Brasil, com uma proposta radical de transformação do setor, com influência direta na Reforma Sanitária e merecido destaque na história da saúde pública do país. (MPF, 2011, p. 20-21)

Desinstitucionalização, deste modo, não é apenas desospitalização, como prediz o antigo modelo norte-americano, que apenas retirava as pessoas do hospital psiquiátrico e as encerrava em comunidades terapêuticas, ainda com características asilares. Em consonância com Amarante (2008), que seguindo os ideários de Basaglia, compreende

desinstitucionalização como um processo social complexo que tem como premissa a mobilização dos atores sociais, superação das relações de poder que outrora foram estabelecidas entre pessoas e instituições, autonomia do indivíduo, retorno do indivíduo à sociedade, rompimento da lógica do tratamento asilar centrada no hospital e criação de uma série de recursos extra-hospitalares (Amarante, 2008).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, foi um marco tanto para o movimento da Reforma Sanitária quanto para a Luta Antimanicomial. Sergio Arouca, que presidiu o evento, inovou ao possibilitar e incentivar a participação social e não apenas a presença de trabalhadores como era praxe nos eventos anteriores, além da realização de pré-conferências estaduais e municipais, estima-se que das 4.000 pessoas que se fizeram presentes nesta conferência, mil foram delegados eleitos nas pré-conferências. Da “Oitava”, como ficou conhecida, saíram frutos como a ideia de que a saúde é direito de todos e dever do Estado e alguns princípios básicos como: universalização, integralidade, equidade, descentralização e democratização. Esses princípios posteriormente foram incorporados à legislação do SUS (MPF, 2011).

Em seguida, outros eventos ocorreram, tais como a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987, e o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru. Neste último evento, ficou evidente que o que iniciou como um movimento de classe ganhou tamanha proporção que se transformou num movimento social com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, definindo com isso uma ruptura epistemológica e estratégica, estabelecendo o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (MPF, 2011). “A expressão manicômio, em substituição a hospital psiquiátrico, tem sido utilizada mais especificamente desde 1987, como uma estratégia do MTSM no sentido de reforçar o caráter asilar, segregante, violento, tutelar e médico-jurídico de todas as instituições desta ordem”. Conceitualmente, entretanto, o MTSM não faz distinção entre hospital psiquiátrico, clínica psiquiátrica, asilo, manicômio ou hospício (Amarante, 2016, p. 16).

“Toda mudança começa onde for possível e necessária”, esta frase expressa por Gastão Campos (2018, p. 1711) ao debater o SUS no Brasil enquadra-se também no debate da Luta Antimanicomial, com uma pequena ressalva, onde houver necessidade, devem ser criadas as possibilidades. Na década de 1980, o Movimento Sanitário defendeu a criação do Sistema Único de Saúde para toda a população, e foi por meio da força popular e do recolhimento de mais de 150 mil assinaturas que foi aprovado sua criação, sendo finalmente adicionado na Constituição Federal de 1988, a chamada Constituição Cidadã.

Sob a luz da Carta Magna, as leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90) estruturaram um sistema e fixou a saúde como direito de todos e dever do Estado, rompe com a antiga lógica centralizadora e cria uma rede regionalizada e hierarquizada e garante, ainda, a participação popular para dar continuidade ao sistema de acordo com as necessidades da população, sendo os Conselhos de Saúde peças-chaves da participação social (Brasil, 1990).

No entanto, na área da saúde mental será apenas treze anos depois, em 2001, que o Movimento de Luta Antimanicomial conquista a sua legislação, a Lei nº 10.216/01 que versa sobre a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e sobre a pessoa com transtorno mental na legislação brasileira. A PNSM romperá com a lógica hospitalocêntrica, e seguindo as leis da saúde, estabelecerá a criação de uma rede descentralizada, de base territorial, para acolhimento e cuidado da pessoa com transtorno mental sem retirá-lo de sua família ou de seu meio social. Cria-se, portanto, a base para a criação dos serviços substitutivos e registra a obsolescência do modelo asilar.

A Lei nº 10.216/01, também conhecida como Lei de Reforma Psiquiátrica, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001). Esta lei traz consigo três possibilidades de internação, art. 6º: “I) Internação Voluntária, aquela que se dá com o consentimento do usuário; II) Internação Involuntária, aquela que se dá sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro; III) Internação Compulsória, aquela determinada pela Justiça” (Brasil, 2001).

A existência da internação involuntária comprova que a legislação segue permeada por ideais e práticas características do início do século XVIII, época no qual “para se internar alguém, as próprias famílias ou o círculo de pessoas que envolve o acusado fazem o pedido ao rei ou à autoridade judiciária que decide e concede. Não é um julgamento dos médicos, mas dos homens de bom senso, que determina o internamento dos loucos” (Frayze-Pereira, 2008, p. 70).

O internamento involuntário remete ainda a questões de cunho social do século XIX, no qual “a honra das famílias e da religião deve ser preservada. Os perigos do mau exemplo devem ser suprimidos. Há o temor de que, se tornadas públicas, as formas de desatino contaminem a sociedade” (Frayze-Pereira, 2008, p. 70), assim, dando à família o direito de intervir sobre o componente louco de seu grupo.

Atualmente, a solicitação de internação de terceiros deve ser feita diretamente ao estabelecimento onde ocorrerá o internamento, contudo ganham destaque dois atores: o Ministério Público Estadual (MPE) e o médico psiquiatra como figura que atesta a necessidade do internamento. Assim, são estabelecidas algumas condicionalidades para este tipo de internamento, tais como: para a internação, é necessário que seja atestada por um médico com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde está localizado o estabelecimento²⁸; o Ministério Público Estadual²⁹ deverá ser notificado pelo responsável técnico acerca do internamento num prazo de setenta e duas horas (três dias); para pôr fim ao internamento involuntário somente por intermédio de solicitação escrita de familiar, responsável legal ou pelo especialista responsável pelo tratamento; e, por fim, o direito da pessoa com transtorno mental de ter acesso a qualquer momento de um profissional médico que lhe esclareça a necessidade ou não de sua hospitalização (Brasil, 2001).

Prosseguindo, no tocante à internação compulsória, apesar da Lei nº 10.216/01 ser um significativo avanço em prol da humanização do tratamento destinado à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, é preciso que seja estabelecida uma articulação entre a Política de Saúde Mental e o Código Penal. Mattos (2006, p. 112) criticou a escassez de interlocução entre saúde e justiça ao inferir que: “O que causa espécie é o fato de que a psiquiatria, no mundo dito “civilizado”, caminha para a desospitalização, enquanto o direito penal marcha em sentido inverso: prisionização”. Posteriormente serão apresentadas medidas legais que buscaram aproximar, nos últimos vinte anos, o Direito Penal do debate antimanicomial.

E é neste contexto que se insere o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, enquanto locus do internamento compulsório daqueles que, por diversas questões, entram em conflito com a lei. Segundo Medeiros (2004, p. 102), o dito manicômio judiciário, denominado de HCTP após a reforma do Código Penal em 1984, possui três finalidades básicas: 1) Operar como um centro pericial de observação e de tratamento dos indiciados; 2) Alojamento e assistência aos criminosos que se tornaram psicóticos no decorrer do processo ou da pena; 3) Funcionar como órgão da defesa social que recebe e aplica recursos da psiquiatria e da higiene mental a todos os alienados absolvidos de suas ações delituosas conforme a legislação criminal.

²⁸ No caso do Estado de Pernambuco é o CREMEPE, Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco.

²⁹ No caso do Estado de Pernambuco é o MPPE, Ministério Público de Pernambuco.

Assim, apesar da Lei 10.216/01 configurar-se como um inegável avanço em prol da saúde mental baseada no cuidado em liberdade, há sobre ela diversas críticas, dentre elas a rejeição dos internamentos involuntários e compulsórios, e a ausência de nota acerca da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei também é percebida. Büschel (2004, p. 95) afirma que “temos hoje apenas uma lei especial que define, singelamente, política pública para a saúde mental. Nenhuma palavra a respeito daqueles que se encontram internados nos manicômios judiciários”, havendo uma enorme brecha legal que não foi tapada pela lei antimanicomial.

Sete anos após, foi celebrada a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, sendo alçada ao posto de emenda constitucional através do Decreto Legislativo nº 186/2008. Em seu artigo 14 afirma que: “b) Não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade” (Brasil, 2008). A existência de deficiência, incluindo mental, não devem ser prerrogativas para o aprisionamento.

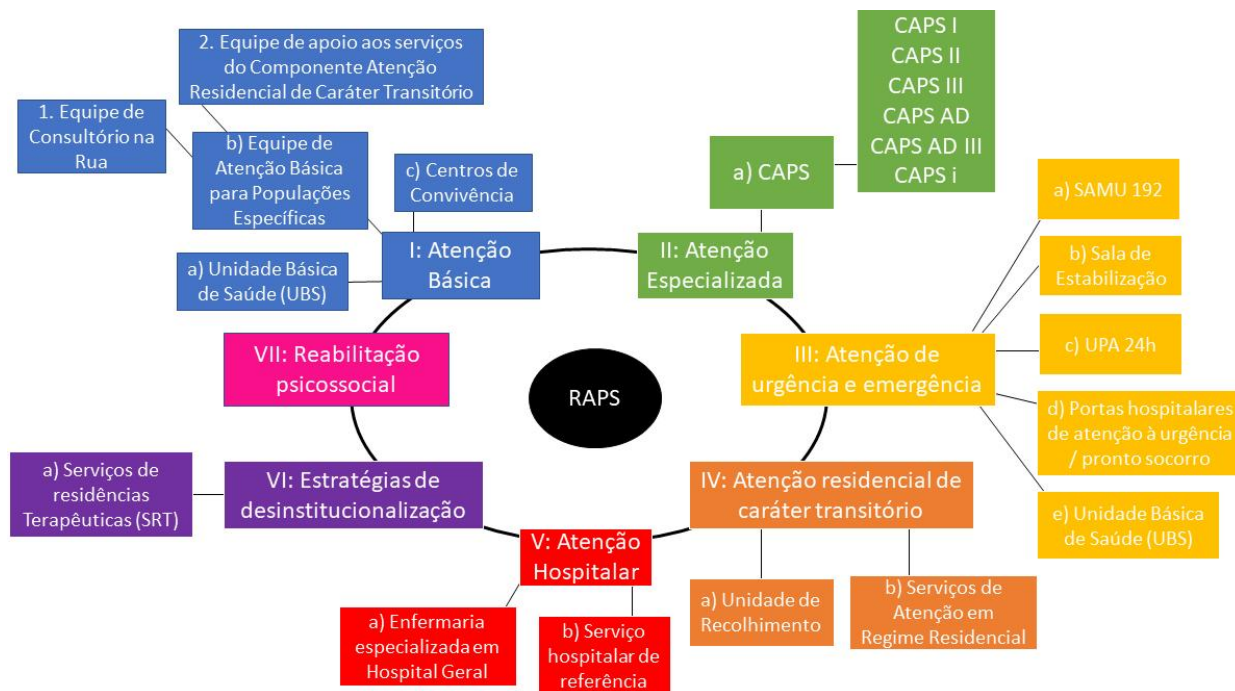
Antes mesmo da criação de uma rede de atenção psicossocial, a Portaria nº 1.777/03 instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, visando incluir a população penitenciária no SUS, enfatizando que devido às suas especificidades o HCTP será regido por norma própria. Em 2014, como um reflexo do Plano e avançando nas discussões e direitos, é lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), englobando o HCTP, e já afirmando que “os HCTPs, apesar de terem o nome de hospitais, não são unidades de saúde, sendo considerados pelo SUS como unidades prisionais, destinadas à custódia das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e que estão submetidas à sanção penal de Medida de Segurança” (Brasil, 2014, p. 8).

Para a materialização da política através de equipamentos de assistência à pessoa com transtorno mental é que dez anos após a promulgação da supracitada lei foi instituída em 23 de dezembro de 2011, a Portaria MS/GM nº 3.088 que criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta pelos equipamentos apresentados na Figura 5.

A sistematização de uma Rede de Atenção Psicossocial traz consigo um avanço inominável, “plural, aberta e capilarizada, uma rede inclui diferentes setores, com diferentes formas de abordagem, refletindo naturalmente a complexidade própria dos fenômenos mentais, das angústias humanas mais básicas ao sofrimento psíquico mais atroz” (MPF, 2011, p. 16). Com a construção de uma rede substitutiva e amparada na Lei nº 10.216/01, que

estabelece em seu artigo 4º que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001), possibilita que os cidadãos sejam acompanhados por uma equipe multidisciplinar em seu próprio território, sem desvincular os laços familiares e comunitários.

Figura 5: Componentes da RAPS



Fonte: Elaboração própria (Brasil, 2011)

Cabendo aqui as críticas já feitas ao internamento involuntário e compulsório, destaca-se agora que não consta na legislação da RAPS nem os hospitais psiquiátricos e nem as comunidades terapêuticas. Os hospitais psiquiátricos foram deixados de fora da portaria devido a lógica de desinstitucionalização, tendo como foco da lei a criação de aparelhos extra-hospitalares, e as comunidades terapêuticas por possuírem, em geral, características também asilares.

Conforme já referido acima, a portaria da RAPS supre o que faltava na lei 10.216/01, que embora prezasse pelo atendimento extra-hospitalar, não apresentou nenhum equipamento público para receber esta demanda e é apenas com esta portaria que serão criados os serviços substitutivos ao manicômio, compostos por componentes da atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Todavia, Basaglia adverte que não basta fechar o hospital e criar serviços de acolhimento, é preciso ir além da assistência em saúde e abranger aspectos da vida cultural, social, e etc.

Junto com o desmantelamento dos velhos hospitais, não nos limitarmos a organizar simples serviços ambulatoriais, mas se tivermos criado, para os ‘novos’ e ‘antigos’ doentes, a possibilidade de viver e de compartilhar, de modo diferente, o próprio sofrimento, compreendido como um conjunto de fatores, e não como sinal de periculosidade social a ser reprimida. A esse sofrimento, que se revela mais complexo e ao mesmo tempo mais simples, é necessário responder com estruturas e serviços que, além de garantir tratamento e assistência, sejam, ao mesmo tempo, lugares de vida, de estímulo, de confronto, de oportunidade, de diversões interpessoais e coletivas, visando uma mudança cultural e política, antes social que sanitária. (Basaglia, 2008, p. 28)

Um dos grandes avanços do pensamento de Basaglia é a ideia de que a assistência não deve ser apenas sanitária, o ser humano como ser ontológico e complexo, deve ter abrangidas as diversas dimensões que o compõem, o familiar, social, cultural, político e muito mais. Destarte, Amarante (1996) traz este pensamento para as estruturas assistenciais que vão sendo construídas em substituição ao modelo hospitalar onde devem ser realizadas todas as funções básicas de assistência. Foi a partir da Portaria MS/GM nº 3.088/08 que a lógica de uma assistência exclusivamente psiquiátrica foi rompida passando a ter uma abordagem psicossocial, ou seja, abrangendo outras dimensões da vida do indivíduo e envolvendo outras categorias profissionais no cuidado, assim:

Na medida em que os pacientes também necessitam e esperam por uma compreensão e contato interpessoal, uma abordagem exclusivamente médico-biológica em psiquiatria não tem sido suficiente. Acrescente-se outra importante mudança advinda do desenvolvimento da psiquiatria comunitária, significando que os psiquiatras não estão numa posição de hegemonia, mas partilham seu poder e influência com psicólogos, enfermeiras, médicos generalistas e assistentes sociais, todos eles necessitando de habilidades psicoterápicas. (Cohen; Marcolino, 2006, p. 24-25)

Um dos maiores avanços trazidos pela RAPS é a assistência de base territorial representada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que passam a compor os serviços de “porta de entrada” do SUS, sendo “porta aberta”. Subdivide-se em seis tipologias, a saber: CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPS AD; CAPS AD III, CAPSi. O Quadro 2 descreve cada tipologia.

Quadro 2: Tipologias dos CAPS

TIPOLOGIAS DOS CAPS			
Tipologia	População	Público-alvo	Características
CAPS I	Municípios com população acima de vinte mil habitantes.	Todas as faixas etárias.	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
CAPS II	Municípios com população acima de setenta mil habitantes.	Adultos	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local.
CAPS III	Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.	Adultos	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana , ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD.
CAPS IV ³⁰	Municípios com população acima de 500.000 habitantes , bem como nas capitais estaduais.	Poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente.	Atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso [...] de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana ; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.
CAPS i	Municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.	Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.	Serviço aberto e de caráter comunitário.
CAPS AD	Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). ³¹	Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, [...] com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
CAPS AD III	Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com necessidades de cuidados clínicos contínuos.	Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana.

Fonte: (Santos; Andrade; Santos, 2022)

Os CAPS Álcool e Drogas foram uma estratégia criada para o cuidado daqueles que estão em sofrimento mental devido ao uso abusivo de substâncias. Nesta perspectiva, uma questão que tangencia o debate da saúde mental é o uso abusivo de álcool e outras drogas, segundo Kolker (2016) o cenário de guerra às drogas que se estabeleceu no país tem intensificado o aprisionamento de pessoas com transtorno mental e/ou sofrimento decorrente do uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, numa lógica ainda higienista.

³⁰ Portaria MS/GM nº 3.588/2017.

³¹ Estatuto da Criança e do Adolescente, lei nº 8.069/1990.

A lógica de combate ao alcoolismo foi relatada por Bertolli Filho (2001) como um dos pontos focais das ações de saúde mental presente desde a primeira república que identificava no pobre subnutrido e alcóolatra um personagem central da realidade brasileira, tanto nas áreas rurais quanto nos cortiços e favelas dos centros urbanos. Desde então, o combate ao alcoolismo acrescido do combate às drogas, trazido por Kolker (2016), tem resultado em um Estado amparado na violência, tendo como alvo principal a população negra, não por acaso a população dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil, que inclui o HCTP, até o ano de 2011 eram compostos, de 44% de negros (Diniz, 2013).

Na última década, tendo em vista o aumento do desemprego estrutural, o combate à economia informal, a ampliação do número de pessoas vivendo em situação de rua, a criminalização da pobreza, a guerra às drogas, com tudo o que isso significa de incremento do sofrimento psíquico por causas sociais, verificou-se uma intensificação do encarceramento de pessoas com transtorno mental e uma significativa mudança no perfil dos novos internados por medida de segurança, com a diminuição progressiva de pacientes com transtorno psicótico que passaram ao ato cometendo agressão ou homicídio contra seus próximos e o aumento significativo de pessoas cumprindo medida de segurança por pequenos delitos contra o patrimônio, porte e/ou tráfico de pequenas quantidades de drogas, apresentando diagnósticos imprecisos e várias comorbidades, referindo história de uso abusivo de substâncias psicoativas, com pouquíssima escolarização, sem nenhuma passagem pelo mercado formal de trabalho, ou tendo vivido os anos anteriores em abrigos e/ou em situação de rua. (Kolker, 2016, p. 225)

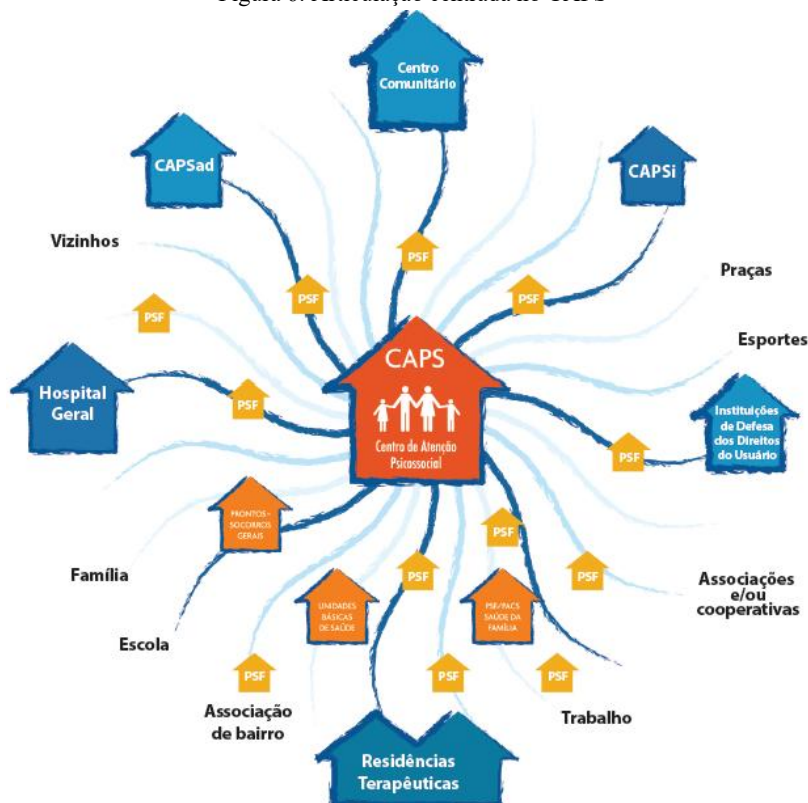
Tal fato representa a face podre de um sistema que criminaliza a pobreza ao passo que sobrevive da exploração e das desigualdades sociais, e encontra no aparato estatal os meios necessários para a extrapolação dos preconceitos de classe, armando-se legalmente para punir o pobre, o negro, o analfabeto, o desempregado, em outras palavras, o desajustado social da sociedade capitalista. Nesse sentido, o hospital psiquiátrico segue, nesta conjuntura, com o mesmo objetivo ao qual foi criado no século XIX: a segregação social.

Para a política de saúde mental, os CAPS configuram-se como peças-chaves na construção e articulação de toda a rede de saúde mental, com as demais unidades de saúde e também com a comunidade, é também responsável pelo matriciamento da pessoa com transtorno mental em seu território, como demonstra a Figura 6.

A importância dos equipamentos da RAPS é inquestionável. Contudo, frisa-se, também, a importância de compreender as necessidades humanas que causam angústia, não resumindo-se apenas a construção de equipamentos de saúde, mas a tudo aquilo que compõe o cotidiano e a vida humana. Rotelli (2008) afirma que: “não podemos responder à doença se

não respondemos às necessidades da pessoa que está diante de nós [...]. Não posso responder às necessidades de uma pessoa encerrando-a num hospital, encerrando-a numa casa ou em um lugar para crônicos”. E continua, “Não posso responder às necessidades de uma pessoa se não conheço estas necessidades. E também não posso intervir sobre estas necessidades se não tenho o poder de fazê-lo” (Rotelli, 2008, p. 39-40).

Figura 6: Articulação centrada no CAPS



Fonte: TJPE (2023, p.17)

A construção de uma eficiente Rede de Atenção Psicossocial vai além do tratamento e reabilitação da pessoa com sofrimento/transtorno mental já manifestado, é preciso que esta rede acolha também o indivíduo assim que são manifestados os primeiros sinais e sintomas, afinal: “a loucura não é algo que se instala de uma hora para a outra. Estas pessoas já tinham apresentado sintomas, mas na maioria das vezes não foram logo tratadas e, justamente por isto, surtaram e cometeram crimes” (Molina, 2004, p. 59), afinal, conforme destaca o Ministério Público Federal (2011), o quadro de sofrimento psíquico agrava-se quando negligenciado.

Uma análise crítica da RAPS permite perceber que para além dos investimentos próprios na rede, é essencial o investimento nos demais aparelhos do SUS, no caso do CAPS que é elemento central da RAPS, uma de suas principais articulações é com a Equipe de Saúde da Família (ESF) especialmente no que se trata da Atenção Primária em Saúde (APS),

visto a já enfatizada necessidade de trabalho intersetorial e nos diferentes níveis de atenção. E é neste sentido que a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde, tratando-as como sinônimos, é o primeiro nível de cuidado destinado à população e principal porta de entrada para o SUS. Morosini, Fonseca e Lima (2018) apontam que é na Atenção Básica que 80% dos problemas de saúde da população podem ser tratados, minimizando com isso a superlotação dos níveis secundário e terciário de saúde, legitimando a alta resolutividade da atenção primária.

Desde os primeiros debates acerca da construção de um Sistema Único de Saúde, nos anos 1970, que o mesmo tem enfrentado oposições político-ideológicas, mesmo após a sua constitucionalização em 1988 os desafios não pararam, com destaque para o subfinanciamento e o desmonte dos seus equipamentos, sendo o nível primário de atenção, no seu papel de vanguarda da saúde, o primeiro a sentir o impacto. Muitas foram as formas de financiamento da APS, porém desde o golpe de 2016 que resultou no *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, a agenda de governo tem se comprovado alinhada a uma ideologia neoliberal de Estado mínimo. De forma sintética, pode-se destacar aqui duas leis que rebateram diretamente na APS, a primeira é a Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida popularmente como Lei do Teto de Gastos (Brasil, 2016), e a segunda trata-se da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.979/19, que estabelece um novo modelo de financiamento da atenção básica através do Programa Previne Brasil (Brasil, 2019).

Aberto estes parênteses para discorrer acerca da APS, faz-se necessário indicar o porquê. Não basta defender a saúde mental, é preciso defender o SUS. Além do que já fora dito nos parágrafos acima sobre a importância da intersetorialidade e do cuidado nos diversos níveis de atenção, a assistente social Jamila Zgiet (2021) traz um novo pensamento acerca dos níveis de complexidade quando se trata da atenção em saúde mental:

Destaca-se que a atenção à saúde mental subverte muito do que se estabelece como correto ou tradicional no cuidado, até mesmo a hierarquização estabelecida para a política pública de saúde. Ou seja, enquanto, para as outras áreas do setor saúde, a atenção primária é considerada a de menor complexidade, em saúde mental é ela a que deve aplicar as estratégias mais difíceis, que envolvem presença no território e compreensão dos meandros familiares e comunitários que interferem na saúde dos sujeitos. A internação, por sua vez, pelo menos em seu modelo manicomial, é o meio mais fácil de lidar com o transtorno mental, porque utiliza meios rápidos de contenção e não exige vínculo, mantendo os indivíduos aprisionados lidando com seus sofrimentos, com pouco suporte de profissionais fora da área biomédica. (Zgiet, 2021, p. 224-225)

O tratamento hospitalocêntrico conferido às questões de saúde mental não é novidade, saindo deste eixo, é na atenção primária como “porta de entrada” do SUS que é promovido um tratamento de base comunitária, visando a longitudinalidade e integralidade do cuidado com a criação de vínculos entre os usuários e a equipe de saúde, potencializado quando há a referência e contrarreferência com os CAPS que promovem seu matriciamento.

Jamila Zgiet (2021) aponta alguns desafios da equipe de atenção básica no acolhimento em saúde mental, tais como, os profissionais não se sentirem capacitados para acolherem estas demandas, o estigma para com as questões de saúde mental, a capacidade de uma boa observação e a escuta do “dito e o não dito”, recorrer maiormente ao saber do médico e não da equipe como um todo, devido a toda a história médico centrada da saúde mental que ainda permeia o ideário popular. Uma grande estratégia de cuidado na APS, mais centrada no indivíduo e na promoção da saúde e composta por uma equipe multidisciplinar, é o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), que tem sofrido bastante com o desfinanciamaneto³² supracitado, principalmente após ter seus recursos cortados pelo novo modelo de financiamento da APS.

3.2 PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI: ASPECTOS LEGAIS

Este tópico terá como discussão central a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei devido ao cometimento de um crime, logo, analisar-se-á as alterações da legislação brasileira no que concerne ao tema desde a proclamação da República até os dias atuais.

Um ano após a proclamação da República, foi promulgado o primeiro Código Penal nessa nova forma de governo através do Decreto nº 847; ele dará algumas considerações acerca dos “loucos”, por exemplo, art. 29. “Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues a suas famílias, ou recolhidos a hospitaes de alineados, si o seu estado mental assim exigir para segurança do publico”. Já no art. 68 diz

³² Subfinanciamento e Desfinanciamento são nomeclaturas que por vezes se misturam no senso comum, durante a 16ª Conferência Nacional de Saúde, em 2016, o então coordenador da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (Cofin) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), André Luiz de Oliveira, diferenciou ambas, a primeira refere-se a asfixia orçamentária que o SUS sofre historicamente, ao passo que o segundo termo se refere a retirada de recursos do SUS desde a aprovação da EC nº 95/2016. Para mais *vide*: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/os-descaminhos-do-financiamento-do-sus>. Acesso em: 01 jun 2023.

que “O condenado que achar-se em estado de loucura só entrará em cumprimento de pena quando recuperar as suas faculdades intellectuaes” (Brasil, 1890).

Portanto, há duas situações, a primeira diz respeito a responsabilização da família pelos cuidados do seu membro com “afecção mental”, termo utilizado no Brasil naquele período, enquanto em outros países utilizava-se o termo “doente mental”, o qual foi cunhado por Pinel. Quando a questão envolvia a segurança pública, cabia ao Estado o seu direcionamento para o hospital de alienados³³. A segunda situação, refere-se ao cumprimento de pena somente após recuperação das “faculdades mentais”, tendo em vista a noção de periculosidade inerente ao sujeito louco.

Em 1903, através do Decreto nº 1.132, foi proposta uma “reorganização” da assistência aos alienados. A proposta passa a ser essencialmente hospitalocêntrica ao colocar o manicômio no centro do tratamento para aquelas pessoas que “por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas”, art. 1º, sendo, contudo, necessária a comprovação da alienação. A reclusão destes indivíduos somente deve dar-se nos “asylos de alienados”, podendo ser requerida por autoridade pública ou por algum particular. A legislação permite o tratamento em domicílio, se fosse possível ministrar os cuidados considerados naquela época necessários (Brasil, 1903).

Seguindo a tendência internacional no que concerne ao tratamento dos pacientes com transtorno mental, o asilo é tido como o local indicado para estes sujeitos e mais uma vez a questão da segurança pública vem à tona. Um ponto que deve ser salientado e diz respeito à necessidade de comprovação da alienação mental emitida pelo médico a partir do momento em que a direção do Hospital de Alienados é assumida por esse profissional em 1886. É a partir dessa mudança que se inicia o processo de medicalização da loucura no Brasil com os médicos na vanguarda do projeto higienista, do início do século XX, os quais atestarão se persiste ou não alienação mental sob os moldes dos que lhes era ensinado nas universidades europeias.

Convém destacar o art. 5º da lei referida acima, “Em qualquer ocasião será permittido ao individuo internado em estabelecimento publico ou particular, ou em domicilio, reclamar, por si ou por pessoa interessada, novo exame de sanidade, ou denunciar a falta dessa formalidade”, (Brasil, 1903). Apesar da lei salvaguardar o direito do indivíduo de ser reavaliado quanto à sua sanidade e a consequente necessidade de internamento, a não garantia

³³ Salientando que a ala separada denominada de Sessão Lombroso somente será criada em 1903.

dos direitos era geral, sendo inclusive o próprio conceito de “direito” frágil e ainda em construção no contexto do projeto higienista excludente e de viés eugênico que estava em vigor.

Acerca especificamente dos “criminosos”, expõe o texto legal:

Art. 10.º E' prohibido manter alienados em cadeias publicas ou entre criminosos.

Parágrafo único. Onde quer que não exista hospício, e autoridade competente fará alojar o alienado em casa expressamente destinada a esse fim, até que possa ser transportado para algum estabelecimento especial.

Art. 11.º Enquanto não possuírem os Estados manicômios criminaes, os alienados *delinquentes* e os condemnados alienados sómente poderão permanecer em asylos publicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem. (Brasil, 1903)

Este decreto foi um divisor de águas no que tange ao destino dado aos “alienados delinquentes”, proibindo sua estada em cadeias públicas junto com outros criminosos, assim como condiciona sua estada em pavilhões reservados de “asylo publico”. Sendo, então, estabelecido seu lugar nos “manicomios criminaes”, estes manicômios podem ser considerados o embrião do que será o Manicômio Judiciário, estabelecido dezoito anos depois a partir do Decreto 5.148/27, e será renomeado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) em 1984.

O Código Civil de 1916, em seu art. 5, passa a utilizar do termo “loucos de todo o gênero”, sendo estes considerados “absolutamente incapazes de exercer pessoalmente atos da vida civil”, estando sujeitos à curatela³⁴ (art. 446). Ademais, no art. 457 há uma referência aos loucos que “sempre que parecer inconveniente conserva-os em casa, ou o exigir o seu tratamento, serão também recolhidos em estabelecimento adequado” (Brasil, 1916).

Mário Delgado (2004) destaca que este código não abre exceções para o grau da insanidade, para a natureza do ato ou até mesmo para a existência de intervalos de lucidez, os atos da vida civil praticados por tais pessoas são completamente anuláveis. Repare-se que nessa legislação utiliza-se a expressão “louco” em substituição a como eram chamados anteriormente, pessoas com afecção mental, moléstia mental, alienado.

³⁴ Conforme o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, curatela é um mecanismo de proteção destinados para aqueles que, apesar da maioridade, não possui capacidade jurídica para gerir seus bens devido a “enfermidade mental ou psicológica, por dependência química ou de álcool”. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/tutela-x-curatela> Acesso em: 08 ago. 2023.

No primeiro governo de Getúlio Vargas algumas legislações foram promulgadas e dirigidas às pessoas com transtorno mental, à época denominadas de psicopatas, como exposto no Decreto nº 24.559 de 1934 que “dispõe sobre a prophylaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psychiatricos”. Em 1937, foi promulgada uma nova Constituição Federal que, segundo apontam Estefam e Gonçalves (2016), foi inspirada nas tendências fascistas e nazistas da época. Seguindo os moldes da nova Carta Magna, em 1940, foi promulgado o Código Penal (CP), Decreto-lei nº 2.848 de 07 de dezembro, em vigência até os dias atuais.

Se outrora as ideologias eugênicas da Alemanha influenciavam a psiquiatria brasileira, a definição de uma Constituição baseada nos princípios nazistas, dentre eles o de supremacia racial, tornou-se um aporte legal para embasar a discriminação racial no país, enfatizada pela ciência psiquiátrica nas questões de higiene mental da população.

Conforme Estefam e Gonçalves (2016), à época esse código foi considerado eclético por conciliar o pensamento clássico e positivista, tendo finalidade retributiva e preventiva, no mais, têm-se a adoção do sistema do duplo binário. No que tange à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, este código trará a questão da inimputabilidade. Para debater a inimputabilidade, faz-se necessário antes entender conceitualmente o significado de imputabilidade. Segundo Alves (2004, p. 24) a imputabilidade trata da “capacidade do agente de entender o carácter ilícito do fato e de atuar ou agir conforme tal entendimento”; e continua ao afirmar que, “imputabilidade é considerada como um dos pressupostos da culpabilidade [...] e sendo a culpabilidade indispensável à aplicação da sanção legal, que exige para tal fim a consciência da ilicitude de sua conduta por parte do agente” (Alves, 2004, p. 24).

Para que haja culpabilidade³⁵ é requerido a presença de três aspectos: a capacidade de culpabilidade, consciência da ilicitude e exigibilidade da conduta. Assim, o fundamento da pena configura-se quando há a culpabilidade (Araújo, 2004). Cabe ainda uma diferenciação entre imputabilidade e responsabilidade, enquanto o primeiro “é a capacidade de culpabilidade, é a aptidão para ser culpável” o segundo “é o princípio segundo o qual a pessoa dotada de capacidade de culpabilidade (imputável) deve responder por suas ações” (Bitencourt, 2002, p. 303-304, apud Araújo, 2004, p. 32).

³⁵ A noção de culpabilidade variará de acordo com a teoria que se baseia, por exemplo (ARAÚJO, 2004, p. 32): “pela Teoria Finalista, a culpabilidade é admitida somente como pressuposto da pena, e não mais integrante da Teoria do Direito. Há adeptos da Teoria Finalista, assim como da Teoria Causalista, onde nesta a culpabilidade integra o conceito do Crime, sendo uma ação ou omissão típica, antijurídica e culpável.”

Logo, se a pessoa com transtorno mental não possui capacidade de compreender, total ou parcialmente, o ato que cometeu e sua ilicitude ela já não atinge um dos pressupostos exigidos para haver a culpabilidade e a consequente imputabilidade.

No que concerne a inimputabilidade, o Código Penal de 1940 estabeleceu no art. 26 como inimputável e “isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (Brasil, 1940). Cabe aqui uma observação acerca da nomenclatura utilizada, percebe-se que tal código utiliza-se da expressão “doença mental”, já se contrapondo ao “louco” que havia no Código Civil, todavia, sendo ainda permeado de estigmas. Tais mudanças nominais acompanham a produção científica de cada época e seu impacto na visão social, política e legal sobre tais sujeitos.

Se por um lado o Código Penal prevê a isenção da pena ao inimputável, por outro lado impõe-lhe uma Medida de Segurança em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), divididas em duas categorias: internamento ou tratamento ambulatorial (art. 96). Se o crime for punível com pena de reclusão, o indivíduo inimputável passará para o internamento, sendo esta uma medida de segurança detentiva, se, contudo, for caracterizado como delito e apenado com detenção, será sujeito à tratamento ambulatorial, esta é a medida de segurança restritiva (Brasil, 1940; Estefam; Gonçalves, 2016).

No entanto, salienta-se que “na falta de vaga em hospital psiquiátrico, a internação pode se dar em hospital comum ou particular, constituindo constrangimento ilegal, sanável por *habeas corpus*, a manutenção em penitenciária ou cadeia pública” (Estefam; Gonçalves, 2016, p. 663). Dito de outro modo, se a pessoa com transtorno mental for mantida em penitenciária ou cadeia pública ela pode recorrer a *habeas corpus*, visto que o local para elas destinado é o HCTP e eventualmente um hospital, não sendo permitido que estejam em locais que se enquadrem como prisão, lembrando que elas devem receber um tratamento e não cumprir uma pena.

Para os juristas Estefam e Gonçalves (2016), tais medidas se diferenciam da pena pelos aspectos do fundamento, pressuposto, duração e destinatários. No fundamento, “as penas tem caráter retributivo e preventivo, enquanto as medidas de segurança têm apenas caráter preventivo especial – conferir compulsoriamente tratamento ao seu destinatário” (Estefam; Gonçalves, 2016, p.661). Assim, a pena tem cunho aflitivo, ou seja, punitivo, ao

passo que a medida de segurança teria cunho “curativo”, tendo em vista a já mencionada noção de “doença mental” que necessita de tratamento e uma possível cura para que haja o convívio social.

No tocante ao pressuposto, a pena baseia-se na culpabilidade, enquanto a medida de segurança baseia-se na periculosidade, já na duração, a pena tem tempo determinado legalmente, sendo vedado constitucionalmente a pena de caráter perpétuo (CF, art. 5º, XLVII, *b*). Em contrapartida, a medida de segurança é de prazo indeterminado, isto é, enquanto durar a periculosidade. Em relação aos destinatários, as “penas destinam-se aos imputáveis e aos semi-imputáveis não considerados perigosos. As medidas de segurança destinam-se aos inimputáveis e aos semi-imputáveis, cuja periculosidade tenha sido pericialmente demonstrada” (Estefam; Gonçalves, 2016, p. 661).

Esta construção pragmática da periculosidade é o cerne da velha noção jurídica sobre a execução de Medida de Segurança. Sendo assim, o indivíduo não é punido pelo ato que cometeu, mas pelo que pode vir a cometer devido a uma suposta periculosidade, nas palavras de Mattos (2006): “o louco é punido não pelas condutas que praticou, mas pelas crueldades futuras que as mentes dos normais imaginam que um dia ele possa praticar.”

A questão da periculosidade será um dos grandes alvos dos militantes da Luta Antimanicomial considerando que a internação está condicionada ao fim desta suposta periculosidade generalizada a qualquer tipo de transtorno. Segundo o art. 97 do CP “a desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade”, e no caso daqueles que cumprem medida de segurança do tipo tratamento ambulatorial “poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos” (Brasil, 1940). Concordando com Santos e Farias (2014) que apontam que atualmente já se considera errônea a noção curativa destas instituições, no mais, já foi comprovada que o tratamento hospitalocêntrico deve ser paliativo e temporário.

Já fora aqui discutido como foi construída historicamente a loucura até sua transformação em doença mental e sua associação à periculosidade. Esse conceito de doença mental permeia a sociedade e consequentemente as leis que foram sendo elaboradas no transcorrer dos anos. A importância, a sensibilidade e o julgamento moral que é dado a determinados temas, em determinadas conjunturas, irão refletir na elaboração das leis. Devido a informações controversas, há por muitos a crença de que o atestado de transtorno mental

confere à pessoa o não cumprimento de pena, e legalmente não há pena, mas a medida de segurança que, por vezes, acaba configurando-se como muito pior, nas palavras de Mattos (2006, p. 171):

É senso comum, mas de difícil verificação de um resultado positivo na prática, que muitos “desviantes” simulam um sofrimento mental para obter pena menor, ou condições melhores de cumprimento da sanção a ser imposta. O que, de resto, também não é verdade. As “saídas legais” são menores, as condições de cumprimento das medidas de segurança são piores do que as penas privativas de liberdade e, insista-se, com menores possibilidades processuais de fala e escuta. O que pode permitir tal “diferenciação”? Exatamente a manipulação midiática de um indefinido e indefinível “clamor público”. (Mattos, 2006, p. 171)

A mídia, portanto, assume papel importantíssimo na disseminação de informações que, ora permeada de preconceitos, reverbera e enfatiza uma noção de periculosidade inerente ao transtorno mental que, com isto, reproduz e corrobora na manutenção da cultura do estigma, tendo como resultado, “a sociedade, de um modo geral, aterrorizada pelas campanhas da mídia mais fascista, aplaude qualquer iniciativa que venha a se traduzir em penas maiores e de forma de cumprimento mais severa” (Mattos, 2006, p. 25). Sendo assim, a mídia exerce um poder na criação e manutenção de uma identidade de periculosidade, reforçando-a perante a sociedade.

Conforme já referido, a questão da periculosidade reforça o ponto da duração do internamento, visto que a medida de segurança será por tempo indeterminado até que seja comprovada por perícia médica o fim da periculosidade. Entretanto, estudiosos vêm apontando as medidas de segurança como as prisões perpétuas brasileiras, Lira (2016, p. 151) assinala que “homens e mulheres são mandados para tratamentos dos seus transtornos mentais até que acabe sua periculosidade. Já que a maioria dos casos é de transtorno crônico, não há fim da doença, e nem da periculosidade”. Porém esta visão da medida de segurança equiparada à prisão perpétua não é interpretada por todos da mesma forma, por exemplo, Araújo (2004), considera absurda tal comparação:

Vulgarmente, ouve-se que a medida de segurança equivale a uma prisão perpétua, haja vista que, enquanto perdurar a insanidade mental, o indivíduo sujeito à medida ficará internado [...]. Evidentemente tal interpretação é totalmente equivocada, considerando que, uma vez cessada a periculosidade, mediante laudo médico, decorrente da realização de uma perícia, cessará consequentemente a medida de segurança imposta [...]. Em outras palavras, a medida de segurança não é aplicada em homens livres e culpáveis, ou seja, imputáveis; ela é, sim, aplicada aos homens que estão eventualmente fora do mundo moral, não porque desejem, mas devido a grave perturbação de sua saúde mental. Se para o imputável que vive em um mundo circundante (exterior) em conflito torna-se, relativamente, fácil dele não conviver,

basta sair de sua órbita de influência. Entretanto, àqueles que são inimputáveis, vivem em conflito consigo mesmo, a amargurar-lhes a alma, dela não desvinculando, daí a merecer a compaixão humana e principalmente o respeito de todos os operadores do direito. (Araújo, 2004, p. 37)

O autor traz a questão da moralidade e se posiciona ao considerar equivocada a comparação da medida de segurança com a prisão perpétua baseando-se no fato de que a medida acaba com o laudo de cessação de periculosidade. Contudo, o autor não atenta o que está escrito na lei com o que de fato ocorre na realidade, que é a escassez de médicos psiquiatras para realização das perícias, ou até mesmo a institucionalização por período aquém da pena legal para o ato cometido, além do número de pessoas que apesar de possuírem o laudo positivo para cessação de periculosidade, continuam internadas por múltiplos motivos. Convém também chamar a atenção para a relutância dos médicos psiquiatras em atribuírem estes laudos por assemelharem-se a uma espécie de “futurologia” que deveria prever a sanidade do indivíduo, caindo sobre o médico o medo de ser responsabilizado em caso de reincidência.

Estas inconsistências legais na realidade dos internos é o que Débora Diniz comprovou ao realizar o único censo nacional dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátricos (ECTP) no Brasil, em 2011, identificando dados alarmantes (Tabela 1):

Tabela 1: Situação da população em MS por sexo dos ECTPs

Situação da população em medida de segurança	População em MS		População masculina em MS		População feminina em MS	
Medida de segurança – Internação	2585	91%	2388	91%	192	89%
Medida de segurança – Tratamento Ambulatorial	39	1%	34	1%	5	2%
Medida de segurança com sentença de desinternação	187	7%	175	7%	12	6%
Medida de segurança extinta	54	2%	51	2%	3	1%
Reinternação	159	6%	149	6%	10	5%
Outro	262	9%	235	9%	26	12%

Fonte: (Diniz, 2013)

Ainda segundo a referida pesquisa, e nas palavras de Kolker (2016):

21% (606) estavam internados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato, pelo menos 25% (741) não deveriam estar internados por já terem sentença de desinternação ou medida de segurança extinta, sem falar nos três pacientes acautelados sem processo judicial, nos 39 pacientes internados apesar da sentença de tratamento ambulatorial e nos 1.153 pacientes (41%), cujo exame de verificação da cessação da periculosidade (EVCP) estava atrasado. (Kolker, 2016)

Estes dados demonstram a dificuldade de sair do sistema e apresenta as debilidades de um Estado que deveria cuidar e fazer cumprir suas leis. Vale salientar, que o MLA criticou e ainda critica arduamente o que estava e ainda está em vigor no campo do tratamento à pessoa com transtorno mental, que é o internamento, e tal medida de “tratamento” torna-se mais acentuada quando da ocorrência de uma ação ilícita.

O Código Penal é uma legislação extremamente punitivista, que é a essência do próprio direito penal. Alguns autores se apropriarão do conceito de necropolítica do Estado³⁶, termo criado pelo camaronês Achille Mbembe (2018), no qual, no caso do Brasil, Faleiros e Russi (2021, p. 34914) destacam que: “o sistema de justiça brasileiro é, ainda, demasiadamente punitivista, usa sua soberania como instrumento legítimo para matar indiretamente, sendo fruto de um Estado racista, desigual, assassino e deficiente de políticas públicas”.

Após quarenta anos de vigência do CP e a observância de inconsistências legais, em 1984, a parte geral desse código passa por uma atualização³⁷. Esta revisão a partir da Lei nº 7.209/84 passa a ter uma inspiração finalística, visando o papel de ressocialização das penas, essa atualização foi uma tentativa de sair de um caráter extremamente punitivista para uma função mais terapêutica. Estas mudanças são fruto de uma exigência histórica, visto que ao mudar a sociedade, as regras que a guiam também devem alterar-se para acompanhá-la.

Uma mudança trazida pela atualização de 1984, foi a introdução do sistema vicariante em substituição ao duplo binário. Para o inimputável, após a atualização da legislação, foi estabelecido que acumulação de tipos de sanções penais não é mais permitida, devendo ser estabelecida pena ou medida de segurança, caracterizando com isto o sistema vicariante.

³⁶ Mbembe (2018, p. 5) analisa que: “A expressão máxima da soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. [...] Ser soberano é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida com a implantação e manifestação de poder.” É por meio das leis que o Estado manifesta o seu poder e é através de determinados instrumentos que o faz sentir, o Direito Penal é um pleno exemplo deste tipo de poder de coerção e que priva as pessoas da liberdade e da vida.

³⁷ Anteriormente houveram tentativas de atualização do Código Penal, mas que se mostraram infrutíferas, por exemplo, o Código Penal de 1969, durante o regime militar, mas que foi revogado sem nunca ter entrado em vigor (Estefam; Gonçalves, 2016).

Após o Brasil, outros países na promulgação de seus novos códigos penais também aderiram ao sistema misto para reconhecer a inimputabilidade, tais como a França, em 1994, Portugal, 1995 e Espanha, em 1996 (Alves, 2004). Com a Reforma de 1984 há “duas espécies de medida de segurança: uma detentiva, que consiste na internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e outra restritiva, que se refere ao tratamento ambulatorial” (Correia, 2009, p. 59). No mais, “o termo atual HCTP foi cunhado a partir da Reforma penal de 1984, cumprindo-se as respectivas mudanças no Código Penal Brasileiro e na Lei de Execução Penal” (Santos; Farias, 2014, p. 520).

Embora Estefam e Gonçalves (2016, p. 80) afirmem que “a legislação criminal, sobretudo a codificada, representa um retrato do momento histórico de um povo e de sua evolução em matéria científica e filosófica”, o Código Penal de 1940, mesmo com sua atualização em 1984, não refletiu os avanços históricos da Luta Antimanicomial.

Em 2011, a Lei nº 12.403 ao dispor sobre as medidas cautelares, alterou o Código de Processo Penal (CPP) e estabeleceu “internação provisória do acusado nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem ser inimputável ou semi-imputável (art. 26 do Código Penal) e houver risco de reiteração”, art. 319, VII (Brasil, 2011). Ou seja, a pessoa aguarda o julgamento já internada no HCTP. A repercussão desta alteração legal segundo Kolker (2016, p. 208) incide que

[...] em vista da falta de peritos para a realização de exames de avaliação da responsabilidade penal, muitos juízes têm baseado sua decisão em indícios e determinado a internação provisória sem a realização das perícias e independente da gravidade do quadro clínico ou do potencial ofensivo do delito. (Kolker, 2016, p. 208)

Tendo em vista conferir bases legais para o poder judiciário e consolidar normas relativas à execução da pena privativa de liberdade e da medida de segurança, em 2010 firmou-se um acordo de cooperação técnica entre o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Justiça (MJ). De dentro do MJ, o Conselho Nacional de Políticas Criminais e Penitenciárias (CNPCCP) vem reorientando o modelo de atenção voltado para os pacientes judiciários, com a colaboração da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC-MPF) (Kolker, 2016).

Mesmo antes deste acordo o CNPCCP já tentava organizar o cumprimento das medidas de segurança e através da Resolução nº 05/2004 (CNPCCP, 2004) que define as diretrizes para

o cumprimento das medidas de segurança, além da necessidade de adequação à Lei nº 10.216/01 e aos princípios do SUS. Esta resolução tem como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo asilar. Define que o tratamento deve ser individualizado e com equipe multidisciplinar, além de ações estratégicas que envolvam a família quando se pensa em retornar aquele indivíduo para este meio.

A importância do envolvimento da família no processo de cuidado é ressaltada por Correia (2004) ao afirmar que a família pode alegar não saber como tratar, como lidar com a doença ou medicar, terceirizando sua responsabilidade para o hospital. A questão da família também foi abordada por Rotelli (2008) que apontou ser ela a responsável por lidar com as angústias de seu membro, e que fortalecer a família é lhe dar forças para lutar por transformações. Deste modo, compreende-se que quanto mais apoio e informações, menos difícil será para a família compreender as necessidades específicas daquele indivíduo e assim assumir o seu papel no suporte.

Vale destacar que, conforme esta resolução, nos estados que não possuem HCTP, os pacientes judiciários deverão ser tratados no SUS. A perspectiva político-teórica orientadora deste estudo advoga que essa condição não deveria ser uma alternativa secundária, mas o objetivo principal, sendo direito de todos o atendimento no Sistema Único de Saúde.

Apesar de ter como princípio norteador a desospitalização, o que já foi debatido neste trabalho que é diferente de desinstitucionalização, esta resolução traz algumas contradições, como a integração do HCTP ao SUS (CNPCP, 2004). Nessa discussão, apesar das críticas levantadas pela ausência do HCTP no SUS e por ser gerido pelo sistema penitenciário, sua inserção no sistema de saúde não parece ser a resposta desejada, mas apenas um paliativo ineficaz, já que os princípios do SUS não conseguiram adentrar as portas do hospital, permanecendo um modelo asilar e de descaracterização da pessoa humana em função da “doença” e do crime. É onde se insere o debate da desinstitucionalização, é preciso superar essa ideia da necessidade do hospital como objeto central do cuidado da pessoa com transtorno mental.

Em 2010, o CNPCP publicou a Resolução nº 4, que “Dispõe sobre as diretrizes nacionais de atenção aos pacientes judiciários e execução da Medida de Segurança”, ou seja, retomando o que havia sido definido desde 2004. Dentre os principais destaques deste documento estão as orientações de intersetorialidade, acompanhamento psicossocial contínuo, individualização da medida, inserção social e fortalecimento da capacidade do indivíduo de

responder pelos seus atos. Estabelece ainda um programa específico para os pacientes judiciários que deve ter uma série de responsabilidades, dentre eles o acompanhamento psicológico, jurídico e social na rede substitutiva e emissão de relatórios para subsidiar o juiz (CNPCP, 2010).

No mais, o CNPCP recomenda que se evite a internação em manicômio judiciário, fato que se reverbera no panorama brasileiro, no qual maioritariamente os magistrados ainda decidem pela medida de segurança de internamento. No art. 6º estabelece que “o Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, irá implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário” (CNPCP, 2010). Em 2023, 13 anos após esta resolução ainda existe a figura do HCTP e a continuação dos internamentos.

Já o Conselho Nacional de Justiça, a partir das suas atribuições, publicou a Resolução nº 113 de 20 de abril de 2010³⁸. Esta resolução aponta que “o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001”, art. 17 (CNJ, 2010). Entretanto, embora o juiz deva se apoiar na lei supracitada, e ela zele pelo tratamento extra-hospitalar, ela permite o internamento compulsório que casa com a Medida de Segurança do Código Penal. Tanto a Resolução CNPCP nº 4/2010 quanto a Resolução CNJ nº 113/2010 convergem numa preocupação em guiar as decisões do judiciário, tendo nele a figura central que deverá decidir pela medida extra-hospitalar.

Em complementação a esta resolução em 12 de julho de 2011, o CNJ publicou a Recomendação nº 35 que “dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança” (CNJ, 2011, p. 2), esta recomendação traz consigo questões como o alinhamento da medida de segurança com a política antimanicomial (Lei 10.216/01), a humanização do tratamento, responsabilidade compartilhada, intersetorialidade, multidisciplinaridade, cumprimento da medida de segurança preferencialmente de forma comunitária e respeito às singularidades dos indivíduos.

Ampliando o debate, destaca-se nesta recomendação alguns pontos, como a “criação de um núcleo interdisciplinar, para auxiliar o juiz nos casos que envolvam sofrimento mental”, abrindo espaço para pareceres de outros campos de saber para além do médico, e utilizando-se

³⁸ Esta resolução revogou as Resoluções nº 19/2006, nº 29/2007, nº 33/2007 e nº 57/2008. E foi alterada pelas Resoluções nº 116/2010, nº 180/2013, nº 237/2016 e nº 251/2018.

da nomenclatura “sofrimento mental”. Ademais, a “promoção da reinserção social das pessoas que estiveram sob tratamento em hospital de custódia, de modo a fortalecer suas habilidades e possibilitar novas respostas [...] principalmente quando estiver caracterizada situação de grave dependência institucional”, (CNJ, 2011) este tópico conversa diretamente com o artigo 5º da Lei 10.216/01 ao dizer que “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” (Brasil, 2001).

A reinserção social é um dos grandes focos da política de saúde mental. Tanto a lei Antimanicomial quanto a recomendação nº 35/2011 do CNJ abordam a necessidade de equipamentos extra-hospitalares que componham uma rede pública. Foi ainda em 2011 que se estabeleceu a Raps como estratégia para a desinstitucionalização e tratamento fora do hospital.

Apesar das normativas supracitadas que deveriam guiar o judiciário em suas decisões, a estigmatização da pessoa com transtorno mental e a imagem de periculosidade que lhe fora atribuída juntamente com a existência da possibilidade legal de internamento em HCTP conformam-se como as principais barreiras para a efetivação da PNSM no âmbito judicial. Frente a isto é que o CNJ, de forma inovadora, definiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

3.2.1 Política Antimanicomial do Poder Judiciário

Em meio a uma conjuntura de ausência do Estado frente à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei mediante legislações que não as resguardam, imersas numa lógica prisional, com um Poder Judiciário essencialmente mais punitivo do que protetivo, se sobrepondo até mesmo ao histórico poder médico, é que o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) edita a Resolução nº 487 de 15 de fevereiro de 2023 que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança, seguindo o que prediz a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei de Reforma Psiquiátrica (CNJ, 2023).

Como disse Amarante (2023), esta resolução não é radical. Embora esta Resolução não dê fim a existência legal das medidas de segurança, ela estabelece mudanças notáveis no posicionamento do judiciário perante a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, estabelece condições mais restritivas para a medida de segurança de internação, incentiva

as medidas em meio aberto e estabelece um prazo para a desinstitucionalização e o fechamento de todos os HCTPs do país. Sendo assim, viu-se a necessidade de uma análise minuciosa desta Resolução, tendo em vista sua inovação, importância e repercussão frente ao tema.

A Resolução CNJ nº 487/2023 inicia trazendo em seus princípios e diretrizes aspectos como o respeito à dignidade humana, singularidade e autonomia de cada pessoa, o direito ao devido processo legal, integralidade no cuidado à saúde, inclusive no tocante à interseccionalidade do poder judiciário com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a rede socioassistencial, o respeito à territorialidade dos serviços e ao tratamento no meio social em que vive a pessoa, visando sempre a manutenção dos laços familiares e Comunitários.

Sob tais princípios aponta-se que sempre que houver indícios de deficiência psicossocial o indivíduo deverá ser encaminhado à RAPS, garantindo-lhe a possibilidade de companhia de pessoa por ela indicada para acompanhá-la no ato judicial, manejo da crise, quando houver necessidade, e coibição do uso de tortura:

Art. 6º A autoridade judicial, quando da análise da legalidade da prisão em flagrante, avaliará se o uso de algemas ou instrumentos de contenção física atendeu aos princípios da proporcionalidade e não discriminação, considerada a condição de saúde mental da pessoa, ou se ocorreu de maneira a causar deliberadamente dores ou lesões desnecessárias, o que poderia configurar hipótese de tortura ou maus tratos, conforme os parâmetros elencados pelo CNJ no Manual de Algemas e Outros Instrumentos de Contenção. (CNJ, 2023)

Notar-se-á não apenas neste artigo, mas em todo o texto normativo, a forte influência do Conselho Nacional de Direitos Humanos e dos relatórios do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura.

A seção II aborda a “necessidade de tratamento em saúde mental no curso da prisão preventiva ou medida cautelar”, o artigo 9º prevê dois casos, no primeiro a pessoa já está em privação de liberdade e manifesta a necessidade de cuidados em saúde mental, sendo reavaliada a necessidade da prisão e o encaminhamento para a RAPS; no segundo caso a pessoa está em meio aberto e ao manifestar a necessidade será reavaliada a adequação da medida cautelar que está em vigor.

Em ambos os casos deverá ser ouvida a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)- equipe multidisciplinar que acompanha o indivíduo durante todas as fases do

procedimento criminal e apoia seu acesso à RAS e à RAPS; a Equipe Conectora- “equipe vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) que exerça função análoga à da EAP”; e a Equipe Multidisciplinar Qualificada- equipe técnica responsável por trabalhar na interface entre o Poder Judiciário, a saúde e a proteção social (CNJ, 2023).

Outro ponto importante trazido por esta Resolução é a análise da imputabilidade, quando necessária, podendo ser qualificada com a requisição de informações sobre o atendimento e o tratamento dado pelo serviço ao qual a pessoa está vinculada (art. 10). Sendo assim, avalia-se o contexto do indivíduo e se ele estava tendo acompanhamento em saúde mental, e a análise qualitativa deste tratamento.

O CP em seu art. 97 diz que no caso de imputabilidade o juiz determinará a internação, a menos que o crime seja punível com detenção, onde o juiz *poderá* decidir pelo tratamento ambulatorial; ênfase no “poderá”, verbo que induz possibilidade e não determinação, abrindo uma brecha na lei para a discricionariedade do juiz por optar pela internação mesmo nestes casos. Agora, a Seção III da Resolução instrui que quando a orientação for pela medida de segurança o juiz determinará aquela que seja mais indicada para o tratamento de saúde, sendo considerada a avaliação biopsicossocial e os pareceres das equipes multiprofissionais.

Essa alteração é importante visto que há um consenso entre os estudiosos sérios do campo que o tratamento em meio aberto é o mais eficaz e que apresenta melhor resolutividade. No mais, deixa-se de requerer unicamente a perícia médica, psiquiátrica, para valorizar o parecer de toda a equipe multiprofissional, saindo do eixo médico-centrada para de fato uma avaliação biopsicossocial, que considera os demais determinantes e condicionantes de saúde, a realidade social do indivíduo antes e durante a realização do ato e a visão do indivíduo como um ser ontológico.

Por conseguinte, a Seção III, Subseção I, reforça mais uma vez que o tratamento ambulatorial deverá ser priorizado em detrimento da internação, e deverá ser acompanhada pelo juiz, auxiliado pela equipe multiprofissional do juízo, os fluxos entre o Judiciário e a RAPS. Este acompanhamento incidirá sobre o PTS, existência e acessibilidade ao serviço, atuação das equipes de saúde, a vinculação e adesão da pessoa ao tratamento. Caso haja interrupções do tratamento, a mesma deve ser entendida como parte do quadro de saúde mental do indivíduo e devem ser consideradas a dinâmica do acompanhamento em saúde e a realidade do território do indivíduo e do serviço.

No mais, a ausência de suporte familiar não deve ser justificativa para imposição de internação. O internamento ou outros recursos terapêuticos não devem ser realizados como punição, tendo em vista que a medida de segurança não tem carácter punitivo ou retributivo, mas carácter preventivo e que visa o tratamento em saúde. Se anteriormente a ausência de suporte familiar servia de justificativa para continuação do internamento, mesmo com laudo positivo para cessação de periculosidade, agora cabe ao Estado prover o suporte necessário para que o indivíduo receba o tratamento em meio aberto.

Assim, segue-se para a Subseção II que trata da internação. A internação, provisória ou não, deverá ser extremamente excepcional, quando compreendida como parte momentânea de seu PTS, para o restabelecimento de saúde e prescrita pela equipe da RAPS. Ou seja, é vedado o internamento institucionalizante, que crie um vínculo de dependência entre a pessoa e a instituição hospitalar.

A internação, quando couber, dever ocorrerem leito de saúde mental de Hospital Geral, estando de acordo com a Portaria MS nº 3.088/11, e que seja referenciado por um CAPS. É ainda dever do judiciário zelar para que ninguém com transtorno mental seja colocado ou mantido em unidade prisional ou instituição com características asilares, incluindo o HCTP, locais esses incapazes de prover assistência integral à saúde e o exercício dos direitos garantidos pela Lei nº 10.216/01.

A resolução traz ainda que a internação estará finda quando a equipe atestar sua irrelevância para o tratamento, sendo comunicada a alta hospitalar para o juiz e o acompanhamento direcionado para os dispositivos da RAPS. Recomenda ainda que a autoridade judicial esteja em constante comunicação com as equipes multidisciplinares para que mensalmente seja verificada a possibilidade de extinção do internamento. O parecer multiprofissional é um ganho inominável que busca romper com a soberania do conhecimento médico como único detentor e capaz de compreender o universo da saúde mental.

Deverá ser proporcionado ao paciente, o reencontro com sua família, comunidade, círculo social, além de, sempre que possível, atividades em meio aberto e sem que haja sua exclusão do mundo do trabalho. Mais uma vez reforçando a importância dos vínculos familiares e comunitários, trazendo agora a questão do trabalho como direito.

A Seção IV abordará aquelas pessoas que apresentaram necessidades de cuidados em saúde mental no decorrer de suas penas, nestes casos, o juiz avaliará a necessidade de adequação da pena frente às necessidades de saúde, para início ou continuidade de tratamento

na RAPS, sendo ouvidas a equipe multidisciplinar responsável, o Ministério Público (MP) e a defesa. O encaminhamento para a RAPS e para a rede de proteção social será apoiada pela equipe de saúde da unidade prisional, pela EAP e a equipe conectora, através da interlocução entre os serviços, de modo a garantir a singularidade do acompanhamento com a priorização da saúde.

A última seção, V, tratará do processo de desinstitucionalização propriamente dito, sendo a parte mais polêmica do documento. Ela estabelece um prazo de seis meses, a partir da publicação da dita Resolução, para o juiz, art. 16, “avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado”, nos casos de medida de segurança, quando há o internamento apesar da extinção da medida de segurança ou existência da ordem de desinternação condicional, ou para aquelas pessoas que estão em prisão processual ou cumprimento de pena em unidades prisionais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres.

Estabelece ainda que dentro de doze meses, a partir da data de publicação da Resolução, a elaboração de PTS para todos que cumprem medida de segurança de internamento, visando a alta planejada e a reabilitação psicossocial assistida em meio aberto que deverá ser apresentada no processo ou audiência judicial e com a participação das entidades envolvidas em sua elaboração. E o art. 18 determina que no prazo de seis meses, a partir da publicação da Resolução, o juiz determine a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico, proibindo inclusive novas internações, e dá o prazo de doze meses para o fechamento total destes locais.

Por fim, o Capítulo III apresenta as Disposições Finais que dá algumas orientações mais gerais. O art. 19, recomenda que sempre que possível, em qualquer fase do processo, a derivação do processo criminal para programas comunitários ou judiciários de justiça restaurativa e a utilização de vias consensuais alternativas, visando sempre a desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental.

A resolução termina ainda atribuindo algumas responsabilidades para os Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs) dos tribunais, que poderão: I- realizar inspeções judiciais em instituições que possuem pessoas cumprindo medida de segurança ou internamento provisório, conjuntamente com autoridades judiciais de execução penal, articulando-se, inclusive, com os Conselhos de Serviço Social e Psicologia, instâncias

paritárias e organizações da sociedade civil; II- mobilizar a RAPS em conjunto com a EAP, visando integrar as práticas da justiça criminal com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP); III- fomentar a atuação do Poder Judiciário e sua articulação com as demais equipes de saúde para identificação em unidades de custódia de pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial e seu encaminhamento para medidas terapêuticas; IV- “fomentar a instituição e o fortalecimento da PNAISP e da EAP junto às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde”; V- fomentar e colaborar na construção de fluxos entre a administração penitenciária, a saúde e assistência social, tendo como base o paradigma antimanicomial e o Modelo Orientador CNJ; e, por último, VI- “instituir ou participar de Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário”, que deverá ser composto por representantes do: GMF, da Vara de Execução Penal, da RAPS, da Assistência Social, do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura, nos estados que possuírem, dos Conselhos regionais de Serviço Social, Psicologia e Medicina, do MP, da Defensoria Pública, do Conselho da Comunidade, onde houver, da Equipe de Saúde da Secretaria responsável pela gestão prisional, podendo haver representantes também do Conselho de Direitos, Organizações da Sociedade Civil ligadas ao tema, usuários da Política de Saúde Mental, dentre outros interessados.

Para o cumprimento desta Resolução os tribunais conjuntamente com as Escolas de Magistratura poderão promover cursos de qualificação e atualização permanente para magistrados e servidores de acordo com os parâmetros nacionais e internacionais de Direitos Humanos. No que tange aos processos penais referentes a adolescentes com transtorno ou sofrimento mental, enquanto não houver ato normativo próprio, caberá “o princípio da prioridade absoluta e as devidas adaptações, conforme previsão do Estatuto da Criança e do Adolescente” (CNJ, 2023). O CNJ por meio do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF), apoiará os tribunais e magistrados na execução da Resolução, no mais é atribuição também do DMF elaborar no prazo de até 180 dias o “Manual com Modelo Orientador CNJ” que servirá de orientação dos tribunais e magistrados para a implementação da dita Resolução.

A Resolução CNJ nº 487/2023 entra em vigor 90 dias após a sua data de publicação, em 15 de fevereiro de 2023, sendo assim, entra em vigor a partir de agosto de 2023. Voltando aos prazos estipulados na Resolução, apresentados anteriormente, contados seis meses a partir de agosto, a autoridade judicial revisará todos os processos, art. 16, e determinará a interdição

parcial de estabelecimentos, alas ou instituições psiquiátricas e a proibição de novos internamentos, art. 18; e, dentro de um ano partir de agosto de 2023, com prazo final em agosto de 2024, determinará a elaboração do PTS para todos os que estejam cumprindo medida de segurança do tipo internamento, art. 17, e o fechamento total dos estabelecimentos, alas e instituições psiquiátricas, at. 18.

Para dar cabo à proposta de desinstitucionalização idealizada nesta Resolução é preciso o alinhamento de uma série de fatores: ampliação da rede de serviços substitutivos e condicionamento dos equipamentos já existentes para o aumento da demanda; garantia de matriciamento do CAPS nos territórios e sua articulação com a APS, além da referência e contrarreferência com a média e alta complexidade, provendo ainda meios para a capacitação das equipes de saúde para trabalhar com este público, a fim de romper estigmas e identificar as necessidades específicas deste grupo; articulação intersetorial entre saúde, direito e assistência social para garantia dos direitos sociais e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Como já fora aludido, o processo de desinstitucionalização é em si um ato político, e como tal está cercado por opositores. A conjuntura política dos últimos oito anos tem evidenciado um Estado opressor e negligente que corta investimentos públicos sociais ao passo que fortalece o mercado, inclusive o mercado da saúde. Esta afirmação não é leviana. Em junho, foi discutido na Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos deputados o Projeto de Decreto Legislativo (PDL) nº 81 que susta a Resolução CNJ nº 487/23. Porém ainda não foi analisado pelo plenário da Câmara.

A proposta do PDL é de autoria do deputado Kim Kataguirí da União-SP e teve como relator o Deputado Felipe Francischini da União-PR, sendo apoiado por pessoas como o deputado Gilson Marques, do Novo-SC, deputado Carlos Jordy, PL-RJ, e em contrapartida teve como opositores do PDL e defensores da resolução CNJ a deputada Erika Kokay, PT-DF, e o deputado Helder Salomão, PT-ES (Câmara dos Deputados, 2023). A saúde mental no judiciário ganhou espaço na agenda política graças ao CNJ, mas tem sido utilizada como arena de disputa de poder pela direita nacional, que após a perda de seu representante no Executivo nas eleições de 2022 tem buscado renovar seu fôlego publicamente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O processo de fechamento de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico possui nuances que requerem estratégias distintas do fechamento de um Hospital Psiquiátrico. A primeira problemática a enfrentar é: não se trata de uma unidade de saúde, mas uma unidade prisional, sendo gerido no Estado de Pernambuco, pela Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SEAP).

A partir da análise das especificidades inerentes ao HCTP, o Desinstitute lançou o livro “Da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado” (2023), apontando eixos estratégicos para o fechamento de hospitais de custódia. Os eixos estão apresentados no Quadro 3 apontando os avanços de Pernambuco em cada um deles.

Quadro 3: Comparativo das estratégias de desinstitucionalização de HCTP, segundo Desinstitute (2023), e as estratégias executadas no Estado de Pernambuco.

Estratégias definidas pelo Desinstitute	Estratégias operacionalizadas pelo Estado de Pernambuco
Eixo Estratégico 1: Implementação de uma nova cultura para a efetivação das medidas de segurança	
Formação para os operadores públicos	Momento formativo com o judiciário sobre a desinstitucionalização dos internos do HCTP em 2021 e 2023, além de aproximações contínuas do Sistema de Justiça com o Sistema de Saúde através do Comitê Interinstitucional.
Criação de Programas Específicos	Criação do Programa Integrado de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Estado de Pernambuco (PAT-PE), em 2023.
Potencialização das Audiências de Custódia e de sua articulação direta com a Rede	O PAT-PE definiu um fluxo para a Audiência de Custódia, apontando a RAPS enquanto ponto central para o cuidado de base territorial.
Eixo Estratégico II: Entrada de equipes de saúde nos HCTP para desenvolvimento do cuidado na perspectiva da desinstitucionalização	
Equipes de Atenção Básica (AB) do sistema prisional	A unidade possui equipe de AB registrada no CNES.
Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)	O Estado de Pernambuco possui uma equipe EAP.
Eixo Estratégico III: Fechamento da Porta de Entrada dos HCTP com vistas à sua extinção	
Pactuação entre os sistemas penitenciário, de segurança pública e justiça	Foi formado um Comitê Interinstitucional com representações do sistema de justiça, segurança pública, saúde e assistência social. A porta de entrada do HCTP foi fechada através da Portaria nº 001/2024 da 1ª Vara de Execução Penal do Estado.

Fonte: Elaboração própria (2024); Desinstitute (2023)

O Estado de Pernambuco tem apresentado avanços na Política de Saúde Mental e resultados concretos na desinstitucionalização do HCTP. Ainda que os avanços sejam notórios, requerem uma análise crítica no tocante à sua operacionalização. Logo, a análise do tema em pauta está apresentada da seguinte forma: a primeira seção tem como objetivo contextualizar o HCTP de Pernambuco. Para tanto, foi apresentado um breve histórico de sua criação, quantitativo de internos, infraestrutura do local, orçamento, equipe assistencial e demais aspectos relevantes para subsidiar essa análise. Alguns desses aspectos também foram explorados nas entrevistas, considerando a experiência profissional no HCTP de alguns participantes da pesquisa.

Na segunda seção, foram analisados os resultados concernentes ao processo de desinstitucionalização no contexto do fechamento do HCTP, evidenciando elementos importantes que vêm conduzindo o novo fluxo jurídico-assistencial desse processo, segundo a perspectiva dos representantes do Sistema de Justiça e da Saúde.

4.1 TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O HCTP DE PERNAMBUCO

É impossível discutir a saúde mental no Estado de Pernambuco sem reportar-se aos feitos de Ulysses Pernambucano, médico psiquiatra propulsor dos debates sobre humanização do tratamento destinado às pessoas com transtorno mental no estado. Foi na década de 1930, quando estava como diretor do Hospital de Alienados da Tamarineira, que futuramente seria renomeado em sua homenagem, e em articulação com Carlos de Lima Cavalcanti, interventor federal no estado durante o período Vargas, que foi estabelecida a Divisão de Assistência à Psicopatas, através do Decreto nº 26, de 10 de janeiro de 1931 (Magalhães, 2018).

Nesta década, sob as elaborações de Ulysses Pernambucano, foi criado dentro das dependências do referido Hospital, o Manicômio Judiciário de Pernambuco. Posteriormente, em 1953, o Manicômio Judiciário é transferido para o Engenho Monjope, em Igarassu. Em 1982, a unidade é mais uma vez realocada, desta vez para o anexo da Penitenciária Agrícola de Itamaracá (Magalhães, 2018), onde permaneceu até 2022.

Em 2022, a partir do Decreto nº 53.366, a unidade é renomeada de Centro de Saúde Penitenciário (CSP). Ainda no mesmo ano, a unidade foi transferida de endereço, atualmente localizando-se no Município de Abreu e Lima. Salienta-se que apesar da mudança legal de nomenclatura, no Sistema de Informações do Departamento Penitenciário (SISDEPEN)

continua sendo chamado de HCTP, visto que é o nome legalmente estabelecido no Código Penal, ou seja, apesar da mudança de nome, as finalidades da instituição permanecem a mesma.

Quadro 4: Informações gerais do CSP

INFORMAÇÕES GERAIS		
	Data	12/08/2022
	Local	Abreu e Lima-PE
	Vagas	172
	Pavilhões	09
	Celas	71
	Lotação	174
	Taxa de ocupação	101%

Fonte: CNJ (2022)

Um fato relevante de ser mencionado é que:

Conforme a Lei Estadual no 15.755, de 4 de abril de 2016, chama-se Centro de Saúde Penitenciário (CSP). Este Código Penitenciário do Estado de Pernambuco, em seus artigos 48 e 49, indica que o CSP destina-se a pessoa privada de liberdade sob tratamento médico ou de saúde mental, com ala exclusiva para assistência a saúde mental de mulheres. (CNJ, 2022)

Apesar da renomeação, não houve reformulação das características assistenciais da unidade no sentido de atender para além de pessoas com transtorno mental, sendo uma unidade com característica punitivista para pessoas com transtorno mental que cometeram crimes, ou seja, em sua essência, nunca deixou de ser um Hospital de Custódia.

Ressalta-se que há uma escassez de registros/documentos históricos do Manicômio Judiciário de Pernambuco, o que dificulta a sua análise pregressa. Sobre essa questão, Magalhães (2018) salienta que “pouco se sabe dos percursos históricos de formação e consolidação do manicômio judiciário em Pernambuco, contudo, o importante é perceber que a transformação dessa instituição em Hospital de Custódia não modificou as bases de origem prisional e punitiva da instituição” (Magalhães, 2018).

Um registro de suma importância para a análise do HCTP é o censo realizado por Débora Diniz (2011) de todos os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do

Brasil. À época, a unidade tinha 433 internos, dos quais 404 eram homens, 25 mulheres e 4 constavam sem informação. A partir de 2015, o Departamento Penitenciário passou a divulgar, semestralmente, os Relatórios de Informações Penais (RELIPEN), no SISDEPEN. A tabela abaixo mostra o quantitativo de indivíduos cumprindo Medida de Segurança no Estado no período de 2011 à 2022 (Tabela 2).

Tabela 2: Quantidade de internos no HCTP de Pernambuco (2005-2022)

Semestre	Internação			Tratamento Ambulatorial		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Junho/2011	462	47	509	2	1	3
Dezembro/2011	380	46	426	2	1	3
Junho/2012	421	27	448	2	1	3
Dezembro/2012	431	32	463	0	0	0
Junho/2013	463	40	503	0	0	0
Junho/2014	0	0	0	0	0	0
Dezembro/2014	216	10	226	221	0	221
Dezembro/2015	109	7	116	0	0	0
Junho/2016	232	10	242	71	0	71
Dezembro/2016	235	5	240	2	0	2
Junho/2017	152	20	172	0	0	0
Dezembro/2017	155	17	172	228	15	243
Junho/2018	149	12	161	76	0	76
Dezembro/2018	149	13	162	74	0	74
Junho/2019	132	11	143	10	0	10
Dezembro/2019	144	10	154	42	0	42
Junho/2020	163	11	174	0	0	0
Dezembro/2020	3	0	3	149	11	160
Junho/2021	0	0	0	142	16	158
Dezembro/2021	0	0	0	104	9	113
Junho/2022	0	0	0	94	8	102
Dezembro/2022	0	0	0	172	15	187

Fonte: SISDEPEN (2023). Elaboração própria.

No geral, as informações do RELIPEN tem revelado uma tendência de maior criminalidade entre homens do que mulher, independente da presença de transtorno mental e uma variação no número de internos ao longo desse período, chamando a atenção o não registro de indivíduos em internamento a partir de 2021.

Em nível de comparação, em 2011 o censo do ECTPs realizado por Diniz registou 433 pessoas no HCTP. Em 2015, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) realizou, juntamente

com os conselhos estaduais, a inspeção e o posterior relatório da situação dos manicômios³⁹ no país. Foi identificado que em Pernambuco, o HCTP possuía 584 usuários, dos quais 209 cumpriam medida de segurança. Posteriormente, em 2017, o Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco (CREMEPE) realizou vistoria de fiscalização na unidade, no qual identificou 445 pacientes. Já em 2022 o CNJ relata haverem 177 internos, como detalhado na tabela 3:

Tabela 3: População do CSP em 2022

	Homens	Mulheres	Total (%)
Medida de Segurança	18	3	21 (11,8%)
População em internação provisória	77	8	85 (48%)
População aguardando perícia criminal psiquiátrica	12	0	12 (6,7%)
Pessoas semi-imputáveis	17	0	17 (9,6%)
Pessoas com Alvará de Soltura expedido	35	3	38 (21,4%)
População com laudo expedido que atesta imputabilidade, aguardando decisão judicial	4	0	4 (2,2%)
População total	163 (92%)	14 (8%)	177 pessoas (100%)

Fonte: CNJ (2022)

Questiona-se, portanto, a confiabilidade dos dados do SISDEPEN, apontando a deficitária atualização do sistema por parte das unidades prisionais, assim como a análise crítica daqueles que analisam os dados brutos. Frente à essa inconsistência sobre os dados dos internos do HCTP, a EAP realizou um censo no ano de 2020.

Esse censo ele foi um censo construído com muito critério, com muito cuidado, com muitas idas e vindas, estudando prontuários de saúde, estudando prontuários penais, ouvindo essas pessoas, fazendo entrevista com essas pessoas. Então foi um censo que foi demorado essa construção, nós levamos quase um ano, um pouco mais de um ano. [...] Esse censo realizado aqui por a nossa equipe da EAP, ele não chegou a ser publicado, mas foi apresentado à DGASP, que a gente sempre esteve ligado à saúde prisional, então e foi o que disparou muitas ações na questão do cuidado e da implementação das ações para dentro do HCTP (EAP).

Diferentemente do Censo de 2011, realizado por Diniz, o censo da EAP não foi publicado, critica-se este fato visto a importância dessas informações para garantir o direito à transparência de dados públicos passíveis de subsidiar o controle social ou as pesquisas científicas, os órgãos de controle e a tomada de decisão por parte dos representantes do poder

³⁹ Nomenclatura utilizada no relatório.

judiciário e da saúde, considerando a persistência de incongruências e de desatualizações nos sistemas de dados oficiais.

Esses dados do censo de 2020 foram solicitados à EAP para subsidiar a presente análise, entretanto os mesmos não foram disponibilizados, sem justificativa. Atualmente a EAP está construindo um novo censo:

Mas a gente tá na construção desse novo censo, inclusive, para a gente poder fazer um comparativo com o que tínhamos lá de levantamento em 2020, com uma população metade do que tínhamos, nesses três anos nós conseguimos reduzir 50% da população do CSP, num espaço de três anos, eu acho isso um número muito significativo dessas pessoas desinstitucionalizadas, em sua grande maioria elas voltaram para o seio familiar (EAP).

Conforme informado em entrevista pela EAP, no primeiro semestre de 2024 constavam 126 internos no HCTP, dos quais 02 foram tidos como imputáveis, visto que mesmo com transtorno mental tinham consciência do ato que praticaram e, portanto, devem ser redirecionados para outra unidade prisional; 28 estavam cumprindo medida de segurança; 59 estavam com laudo e aguardando a decisão judicial; 29 estavam com alvará de soltura não cumpridos e 8 pessoas estavam aguardando completar todas as peças do processo (EAP). Neste último caso, a EAP destaca que:

[...] ainda há 8 pessoas aguardando que essas peças estejam completas para a realização desse exame, quando a gente está aí há mais de um ano, já temos um ano da resolução, e dentre essas pessoas uma que faz mais de dois anos que aguarda para fazer o exame de incidente. Então, existe uma certa morosidade dentro do processo jurídico mesmo para que as coisas possam acontecer (EAP).

A morosidade do sistema de Justiça incorre em ilegalidades na continuidade do internamento, onde se tem pessoas aguardando o fim do processo já em aprisionamento, outras com laudo positivo para cessação de periculosidade, porém aguardando a decisão judicial pela extinção da Medida de Segurança, e outras que já estão com Alvará de Soltura, mas permanecem internados, nestes casos reforça Mattos (2006, p. 114): “Se aqueles chamados loucos-infratores têm sua cessação de periculosidade determinada por laudo, sua custódia estatal é ilegal, qualquer que seja o nome, qualquer que seja o pretexto”.

O detalhamento do processo de desinstitucionalização dos internos do HCTP será retomada no próximo tópico.

Ao montar o perfil de quem está no HCTP, Diniz (2011):

Tabela 4: Perfil da população do HCTP em 2011

Raça/cor	População em Medida de Segurança		População Temporária	
	N	%	N	%
Amarela	0	-	0	-
Branca	18	9%	17	7%
Indígena	1	0,5%	4	2%
Parda	73	36%	102	44%
Preta	29	14%	22	10%
Outra	10	5%	5	2%
Sem informação	72	35%	80	35%
Total	203	100%	230	100%

Fonte: Diniz (2011)

O CNJ registrou em 2022, em contexto pandêmico, o seguinte cenário (Tabela 5):

Tabela 5: Perfil da população do CSP em 2022

Raça/cor	Total	%
Branco	14	8,05%
Preto	132	75,86%
Pardo	25	14,37%
Amarelo	0	-
Indígena	03	1,72%
Total	174	100%

Fonte: CNJ (2022)

O sistema prisional brasileiro tem cor e classe social bem definidos. Casando com o que é apontado nas demais unidades prisionais no Brasil, há uma predominância de pessoas negras em aprisionamento (Lima, 2019; Oliveira, 2021; Santos et. al, 2022; Lima; Jeremias, Ferrazzo, 2024). A EAP traz que:

O perfil geral não muda: a maioria é masculina, a maioria é negra, é parda, são pessoas de baixa renda, são pessoas em idade produtiva, são jovens em idade produtiva, hoje nós temos um grande número de pessoas que têm comorbidade com o uso de substância. Então esse é o perfil das pessoas que estão encarceradas e de uma forma geral, não é uma particularidade do CSP. Hoje quando a gente vai avaliar o perfil das pessoas privadas de liberdade no Brasil são pessoas com esse perfil. (EAP)

Mbembe (2018) retrata como o Estado utiliza-se de suas armas, inclusive a polícia, para manutenção de um necropolítica direcionada. Na análise do cenário sócio-histórico do Brasil, Oliveira (2021, p. 112) argumentou que: “o sistema prisional seria um deslocamento

no tempo da senzala que mantém a mesma função de aprisionamento, controle e punição de corpos negros, reproduzindo, assim, a mesma lógica presente na escravidão”, a base deste processo é o racismo estrutural presente no estado brasileiro, consoante “essa reprodução das funções da senzala na época da escravidão no sistema prisional atual explicita a não abolição da escravidão, mas apenas a sua evolução e manutenção, tendo como base ideológica o racismo” (Oliveira, 2021, p.112).

Além da população negra, outros grupos historicamente vulnerabilizados têm sido registrados no CSP (Tabela 6):

Tabela 6: Perfil de grupos historicamente vulnerabilizados no CSP em 2022

Perfil	Total
Migrantes	72
LGBTI+	10
Pessoas com deficiência	14
Acima dos 60 anos de idade	08
Com filhos menores de 12 anos de idade	0

Fonte: CNJ (2022)

Originalmente, o hospital, incluindo o manicômio, tinha a função social de excluir pessoas consideradas indesejáveis, servindo como local de confinamento para prostitutas, doentes mentais, criminosos, pobres e doentes (Foucault, 2014). Atualmente, sob novos nomes, ainda se observa as nuances de uma antiga política de exclusão social que em seu interior esconde uma necropolítica socialmente direcionada para determinados grupos sociais. Se o Código Penal estabelece o internamento enquanto “Medida de Segurança”, a nova Resolução do CNJ 487/23 traz consigo uma quebra de paradigma que visa trazer humanidade ao tratamento destinado às pessoas com transtorno mental que entram em conflito com a lei.

Um ponto que merece destaque refere-se aos problemas da própria infraestrutura do CSP. Em todo o país, a infraestrutura precária dos HCTPs vem sendo recorrentemente demonstrada nos relatórios de pesquisa, fiscalização e vistorias de diversos órgãos (CFP, 2015; CREMEPE, 2017; Diniz, 2011). No presente estudo, essa questão também foi destacada pelos entrevistados, discutida abaixo.

Nas vistorias de fiscalização do CFP (2015), do CREMEPE (2017), e do CNJ (2022) foram identificadas infiltração, aeração insuficiente, mofo, insalubridade e precariedade geral

do local. Sob tais condições, há de se questionar a finalidade do HCTP de cuidar da saúde dos internos.

Figura 7: À esquerda Cella do CSP, e à direita banheiro da cela de pavilhão masculino CSP



Fonte: CNJ (2022)

Nessa perspectiva, vale considerar a descrição do cenário de extrema precarização das condições estruturais do HCTP revelado pelos entrevistados da presente pesquisa, o qual fere diretamente os direitos humanos mais básicos dos internos, além de destacarem dificuldades de acesso ao local e de condições para o pleno exercício das funções da equipe de saúde.

[...] Era uma época muito difícil para o HCTP porque era bem pior do que era hoje, porque as pessoas não utilizavam a parte de jantar, comiam tudo nas celas, ficavam muito adoecidas com disenteria. Não tinha guardas suficientes então a injeção, a medicação, era toda dada por fora da cela, eu vi essa cena de uma pessoa botar a (bunda) para o lado de fora da cela e o enfermeiro aplicar a injeção, porque não tinha guardas, não tinha policiais penais suficientes para acompanhar. Tinha uma determinada ala, que era a ala São Francisco que estava há 3 meses sem tomar banho porque também não tinha guardas para fazer a tomada de banho de sol dessa área. (MPPE 1).

Era uma unidade muito decaída do ponto de vista físico, com as pessoas muito em celas mesmo, eram celas, não eram enfermarias, que seria o esperado [...] eles viviam em celas. Muitas pessoas, como eu diria, sem o hábito de comer com talheres, que é algo bem impactante, assim, muitas que tinha problema de ficar com roupa e tirava roupa e não havia um corpo de funcionários para estar acompanhando e até mesmo de médico para estar ajustando os medicamentos para evitar aquelas condutas e tudo. Então assim, era um cenário triste de ver, porque eram pessoas doentes e que estavam presas realmente. (MPPE 2)

Era um prédio antigo que as estruturas físicas estavam muito precárias, extremamente precárias (EAP).

Em Itamaracá ele ficava num espaço que tinha uma área que era em estrada de terra, então quando chegava o período das chuvas, muitas vezes, nem o profissional conseguia chegar até lá. Quem estava lá ficava e dobrava, porque não tinha como sair, nem quem era para chegar não chegava. [...] a gente ia e não tinha condições de passar ou às vezes a gente ia no nosso carro, que era um carro pequeno, e tinha que ir numa viatura policial, que era um carro mais potente, mais para atravessar o aguaceiro até acessar essas pessoas. (EAP)

Essa descrição se assemelha ao que fora denominado por Arbex (2019) de holocausto brasileiro, ao apresentar o cenário degradante do Manicômio de Barbacena, situação tal que surpreendeu até mesmo Franco Basaglia “se é difícil sustentar a argumentação de que uma internação em hospital psiquiátrico pode ser terapêutica, menos ainda é possível quando ela ocorre em estabelecimentos prisionais e em condições totalmente degradantes e insalubres” (Kolker, 2016).

No cenário prisional nacional “a precariedade e a insalubridade do meio, com a superlotação, falta de higiene e saneamento básico, má-alimentação e sedentarismo, contribuem à perpetuação de casos de IST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses” (Faleiros; Russi, 2021). Tais fatores narrados pelos autores e ratificados pelos relatórios supracitados, podem servir de alerta para a ocorrência de doenças na instituição, mesmo considerando mais uma vez a existência de subnotificação dos dados (Tabela 7).

Tabela 7: Casos de doenças transmissíveis no HCTP/PE nos últimos 5 anos

	2020/2	2021/1	2021/2	2022/1	2022/2	2023/01	2023/2
Hepatite	2	3	3	3	1	1	1
HIV	3	3	2	2	8	7	5
Hanseníase	9	32	12	9	0	0	0
Sífilis	3	2	3	3	0	1	1
Tuberculose	0	1	1	2	1	1	1

Fonte: SISDEPEN (2023)

Salienta-se que os dados podem não refletir ao quantitativo real, visto a já apontada fragilidade na atualização do sistema de informações, ademais, questiona-se se não houve nenhum caso de COVID-19, ou se não houve registro, visto que no período houve entrada de novos internos, e que os próprios profissionais tem contato com o mundo exterior, podendo se tornar canais de contaminação dentro de unidades prisionais, assim, questiona-se a

subnotificação das doenças e agravos em saúde dentro do sistema prisional, como já foi apontado em estudos nacionais (Oliveira; Cardoso, 2004; Cordeiro et. al; 2018; Pereira; Ribeiro, 2023).

Os dados evidenciam a ocorrência de doenças transmissíveis e de fácil contágio, enfatizando-se a problemática da superlotação e do compartilhamento de celas por mais de um preso. A hanseníase, hepatite e tuberculose podem ser disseminadas pelo ar, por micropartículas de saliva, e no compartilhamento de itens de uso comum, o que se torna uma questão de difícil manejo dentro de uma unidade prisional. Para além, doenças como a hepatite e a hanseníase podem ter causas ambientais, visto que “a quantidade de pessoas que convivem no domicílio com espaço limitado e sem condições salubres, promove a vulnerabilidade do ambiente e favorece ao adoecimento” (Leano et al., 2019, 1482). Nesse sentido, representante da EAP trouxe a questão das doenças do sistema respiratório:

[...] Veja, um confinamento de pessoas, se tem um quantitativo maior do que o que eu posso acolher, então passa a ser um confinamento. E se eu tenho um espaço que ele não tem luminosidade, que ele não tem arejamento, então eu vou proporcionar ali é o risco de outras patologias de ordem respiratória. (EAP)

A incidência de doenças dentro de um hospital psiquiátrico, foi abordado por Goffman (2010, p. 34), ao trazer que “o internado sofre mortificação de seu eu por exposição contaminadora de tipo físico, mas isso deve ser ampliado: quando a agência de contaminação é outro ser humano, o internado é ainda contaminado por contato interpessoal imposto”. Ao tratar da ocorrência de doenças dentre membros de uma dada instituição total, o referido autor apontou como o convívio social imposto pelo aprisionamento pode incorrer não apenas em aprofundamento das questões psicológicas relacionadas à mortificação do eu, mas uma condição que pode afetar também o corpo físico do indivíduo, degradando sua saúde, podendo, inclusive, levar à morte física.

Foi o cenário de graves problemas estruturais do HCTP de Pernambuco que influenciou a sua transferência, em 2022, para a antiga sede do Centro de Atendimento Socioeducativo (Case)⁴⁰ que estava desativado. Mediante a necessidade de readequações estruturais, uma reforma foi avaliada em R\$ 320.000,00 (Folha de Pernambuco, 2021).

⁴⁰Avenida Rinaldo Pinho Alves, 50, Caetés II, Abreu e Lima.

Aponta-se que a mudança de local apresentou um avanço no que concerne à humanização do cuidado e a melhoria da infraestrutura comparando a antiga sede na Ilha de Itamaracá.

Eu conheci o CSP, até porque eu trabalhava lá. Eu trabalhava lá em Abreu e Lima. E a estrutura, a diferença de estrutura do HCTP para o CSP já era uma evolução incrível ... digamos assim, uma adaptação, a ideia de colocar essas pessoas em um tratamento terapêutico ao invés de um tratamento prisional. (TJPE)

Contudo, mesmo com a mudança de local, considerando que o prédio de Abreu e Lima é mais novo que o prédio de Itamaracá, problemas foram destacados em relação à estrutura da atual sede do CSP.

[...] então tem precariedades, tem dificuldades, por exemplo: era um prédio que só cabia, se eu não me engano, 90 pessoas, 100 pessoas. Então, veja, se em 2021, quando se mudaram, só cabiam 100 pessoas, e hoje nós temos 126 pessoas a gente já tinha um espaço que não acolhia de forma adequada a população que precisava ser acolhida dentro daquele espaço. Então, eram pessoas dormindo no chão porque não existia cama suficiente, ao final da tarde era um mar de colchões para passar, para chegar em determinado lugar você ia pulando pessoas. Isso não é forma adequada de cuidar e cuidar de saúde mental menos ainda. Então, existia essas situações que o espaço ele não é adequado de forma nenhuma, mas existia essas dificuldades. Então, é o espaço físico, o espaço das celas são espaços escuros, úmidos, de pouca luminosidade. (EAP)

Tal contexto foi ratificado pela representação da gestão do CSP que mencionou a insuficiência de recursos financeiros impossibilitando um processo permanente de manutenção, permitindo apenas a realização de pequenos reparos, “realizando ações como comprar lâmpadas, pintar as paredes que estavam descascando, comprar refletores para iluminar a área externa da unidade” (SEAP). E mesmo com a expectativa de fechamento do CSP, a entrevistada declara que a realização desses reparos é importante, pois “*enquanto houverem pessoas aqui, precisamos cuidar delas e garantir que os profissionais que trabalham aqui, tenham um espaço adequado para realizar suas atividades. Não é porque essas pessoas sairão daqui que devemos deixá-las vivendo no escuro por falta de uma lâmpada*” (SEAP).

Tais melhorias na iluminação e acomodações das áreas comuns foram percebidas pela pesquisadora em visita de campo, contudo não foi permitido fotos e nem observar o pavilhão dos dormitórios. Referente à acessibilidade do local, problemática de Itamaracá, pontua-se que “*hoje a acessibilidade é infinitamente melhor. Então evidentemente que um acesso*

melhor termina também aproximando as pessoas, facilitando a questão das visitas, facilitando o acesso da assiduidade desse profissional trabalhador de chegar para trabalhar, porque lá não tinha” (EAP).

Contudo, apesar da melhora da acessibilidade ao redor da unidade, o CNJ aduz que “Por estar localizada na região metropolitana e receber pessoas de todo o estado e de ambos os sexos, há dificuldades para a garantia da inclusão social e convivência familiar e comunitária, conforme preconiza artigo 49 do Código Penitenciário do Estado de Pernambuco” (CNJ, 2022, p. 227). Analisar acessibilidade é considerar também aspectos como distância, recursos financeiros para passagem de modo a garantir regularidade nas visitas, rede de apoio para as famílias que possuem dependentes, dentre outros fatores.

A PNAISP define que as penitenciárias devem possuir uma equipe de atenção primária cadastrada no CNES (Brasil, 2014). Em concordância com essa diretriz, a unidade prisional investigada possui uma equipe de atenção primária, responsável pelo cuidado básico em saúde dos internos. Ademais, atuam uma equipe de desinstitucionalização responsável por articular o processo de saída dos internos e a EAP responsável por conferir apoio técnico durante todo o processo, desde o início até o acompanhamento pós-desinstitucionalização.

Apesar da unidade não possuir estrutura para atendimentos de urgência e emergência e nem ambulância, a equipe de atenção básica prisional realiza atendimentos diários a fim promover ações de saúde e evitar a evolução das doenças já instaladas, conferindo o cuidado de base. Contudo, em situações de necessidade de atendimentos de Média e Alta Complexidade, a gestão da unidade aciona a SEAP que articula com o Estado o atendimento dos internos na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ademais, em casos de crises em saúde mental, o interno é atendido pela equipe de saúde da unidade, que possui psiquiatra todos os dias, e em casos mais graves é enviado para o Hospital Ulysses Pernambucano⁴¹ para manejo da crise.

De acordo com o SISDEPEN (2023), havia até 2022 os seguintes profissionais de saúde cadastrados: 1 dentista temporária feminino; 7 enfermeiros temporários, sendo 6 mulheres e 1 homem; 2 clínicos gerais temporários masculinos; 16 auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo 3 enfermeiras efetivas, 12 enfermeiras temporárias e 1 enfermeiro temporário; 3 psicólogas temporárias; 6 psiquiatras, sendo 2 efetivas mulheres e 1 homem, e 3 homens como temporários; 1 terapeuta ocupacional feminina; 1 técnica odontológica; 1

⁴¹ O Hospital Ulysses Pernambuco, localizado na Avenida Rosa e Silva, 2130, Tamarineira, Recife/PE, é o único hospital de urgência e emergência psiquiátrica do Estado de Pernambuco e componente da RAPS.

médico especialista temporário. Totalizando uma equipe com 38 pessoas, uma equipe maior do que fora noticiada nos anos anteriores nos relatórios.

A partir destas informações, observa-se que a forma de contratação temporária é um fator a ser observado e criticado, visto que, na área da saúde, a criação de vínculos entre o usuário e o profissional de saúde reflete na qualidade do tratamento e na maior resolutividade, sendo criticada a rotatividade da equipe. Por outro lado, reflete também na estabilidade do vínculo desse trabalhador que deveria tê-la garantida no exercício de um cargo público, sendo uma decisão, inclusive política, a decisão pela forma de contratação precária. Situações de precarização dos vínculos laborais vêm sendo recorrentemente demonstrados no âmbito do SUS (Girardi et al, 2010; Eberhardt; Carvalho; Murofuse, 2015; Oliveira e Moraes, 2016; Silva; Souza; Teixeira, 2017; Pereira et. al, 2022).

As condições precárias de infraestrutura do HCTP e da contratação de profissionais de saúde sob os ditames da informalidade e desproteção social do trabalho é apenas uma dimensão da problemática da unidade. Convém ilustrar, também, a questão orçamentária desta unidade. Segundo os dados do SISDEPEN (2024) a média mensal das despesas do HCTP/PE, nos últimos cinco anos (Tabela 8), rebate no que foi apontado pela SEAP.

Tabela 8: Despesa Total mês/ano do HCTP/PE 2020-2024

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
ano	Despesa Total	Despesa Total	Despesa Total	Despesa Total	Despesa Total	Despesa Total	Despesa Total	Despesa Total	Despesa Total	Despesa Total	Despesa Total	Despesa Total
2020	-	-	-	-	-	-	R\$ 395.391,31	R\$ 274.897,57	R\$ 24.677,08	R\$ 242.287,47	R\$ 235.068,46	R\$ 234.581,52
2021	R\$ 193.340,93	R\$ 243.661,03	R\$ 238.707,23	R\$ 238.437,06	R\$ 240.313,02	R\$ 244.285,89	R\$ 243.388,50	R\$ 238.624,11	R\$ 233.837,30	R\$ 227.750,69	R\$ 245.734,57	R\$ 343.775,10
2022	R\$ 232.443,97	R\$ 183.205,64	R\$ 10.280.130,31 ⁴²	R\$ 97.926,37	R\$ 95.214,27	R\$ 92.967,40	R\$ 104.787,87	R\$ 104.217,28	R\$ 169.810,77	R\$ 175.362,98	R\$ 192.977,92	R\$ 250.072,92
2023	R\$ 189.993,22	R\$ 229.399,51	R\$ 188.418,83	R\$ 122.672,73	R\$ 180.578,77	R\$ 32.552,61	R\$ 173.373,82	R\$ 122.478,93	R\$ 155.190,73	R\$ 170.485,56	R\$ 113.525,71	R\$ 225.831,28
2024	R\$ 170.513,99	R\$ 165.200,91	R\$ 182.570,77	R\$ 137.987,99	R\$ 141.649,18	R\$ 135.088,78	R\$ 8.507,03	R\$ 126.003,01	-	-	-	-

Fonte: (SISDEPEN, 2024)

Apesar dos dados oficiais do SISDEPEN apresentarem despesas que oscilam, maior parte do tempo, entre cem e duzentos mil reais, a SEAP manifestou uma situação de escassez financeira para a manutenção de materiais e outras prestações de serviço.

[...] conta-se com apenas R\$ 17.000,00 (dezessete mil reais) anual para compra de suprimentos (materiais e serviços), e que no momento a unidade já se encontra sem este recurso para terminar o ano. Para manutenção da unidade, a gestão está

⁴² Neste ano, outras unidades também apresentaram despesas em milhões de reais, seguido de uma baixa brusca nos meses seguintes.

sempre em contato com a SEAP para tentativas de aquisição de fundos. Ademais, há uma grande ação social de igrejas dentro da unidade que levam doações de alimentos, itens de higiene, roupas e mais. Dentre os doadores, destacam-se a Igreja Universal do Reino de Deus, a Igreja Assembleia de Deus e a Pastoral da Igreja Católica (CSP).

Em parecer sobre as Medidas de Segurança no país, o Ministério Público Federal (2011, p. 91), recomendou que o montante descrito no SISDEPEN destinado ao HCTP deveria ser revertido para a expansão da RAPS, especialmente no tocante a construção de CAPS, além de servir de suporte financeiro para o Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁴³ e para o programa “De volta para casa”⁴⁴.

O cenário descrito acima de superlotação, de insalubridade, de abandono, de violação dos direitos humanos dentro do sistema penitenciário descrito nos relatórios e pelos entrevistados revela que apesar da designação de hospital, o processo sócio-histórico tem demonstrado que o HCTP não se configurava enquanto tal, mas que, gerido pela Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP), o HCTP é, antes de tudo, um presídio, conforme os relatos dos distintos entrevistados.

Porque a gente está chamando de Centro de Saúde Prisional, Hospital de Custódia e Tratamento, não tem nada de hospital, não tem nada de saúde ali. Ali é uma prisão, é um presídio, é uma penitenciária. As pessoas estão presas, estão privadas de liberdade. (GASAM)

[...] muitas pessoas entendem pela nomenclatura Hospital de Tratamento e Custódia como sendo um serviço de saúde. Não é! É uma unidade prisional. Então é um espaço que não se promove saúde, nem se oferta os cuidados necessários para o restabelecimento da saúde mental das pessoas que ali estão. Então, termina sendo um espaço de, a grosso modo mesmo, um depósito de pessoas que tem um transtorno mental, na sua grande maioria transtornos mentais graves que não acessam ao devido cuidado em saúde e que isso termina proporcionando um agravamento, uma cronificação dos seus adoecimentos. (EAP)

A resolução [CNJ nº 487/23], ela determinou que paulatinamente os Hospitais de Custódia Psiquiátricos fossem fechados, [...] era basicamente uma unidade prisional, era uma unidade prisional para pessoas que estavam ou com sofrimento mental permanente ou transitório. Então a grande ideia é: essas pessoas precisam de tratamento terapêutico, essas pessoas não podem estar em ambientes similares à cadeias, a prisões. (TJPE)

⁴³ Estabelecido na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), lei nº 8.742/93, em seu art. 20: “O Benefício de Prestação Continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família” (BRASIL, 1993).

⁴⁴ Criado pela Portaria MS nº 3.088/08, o Programa de Volta para Casa é uma “estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência” (Brasil, 2008).

Presídio, presídio sem sombra de dúvidas. A estrutura que o HCTP tem de saúde ela é uma estrutura como qualquer outro presídio, tanto é que não tem médico plantonista no final de semana. Se uma pessoa tiver uma crise no final de semana, aliás nem final de semana nem quando termina o expediente. Durante a noite não tem essa figura, nunca teve essa figura do plantonista. Claro que você tem uma equipe, principalmente agora com a equipe de atenção prisional, você tem uma equipe que tem uma certa disponibilidade, mas lá mesmo não existe essa equipe. (MPPE 1)

Ratificando as falas dos entrevistados, a PNAISP (Ministério da Saúde, 2014, p. 9) considera que “Os HCTPs, apesar de terem o nome de *hospitais*, não são unidades de saúde, sendo considerados pelo SUS como unidades prisionais”. Concordando com o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Justiça apresentou uma crítica contundente ao CSP: “o ambiente tem natureza prisional asilar, com grades e monitoramento constante, e não viabiliza a atenção integral a saúde e os direitos previstos na Lei no 10.216/2001” (CNJ, 2022, p. 227). Entende-se que o CSP é uma unidade naturalmente ambígua. Apesar de, atualmente, ser denominado de Centro de Saúde, ou anteriormente “Hospital”, nunca exerceu o papel de cuidado, mas sim o objetivo que lhe fora conferido legalmente, manter sob vigilância aqueles que supostamente apresentam perigo à sociedade.

Como já fora referido, a própria estrutura física do HCTP é de um presídio, possuindo celas, grades, pavilhões, sendo proibida a entrada de celular e o livre acesso da sociedade, como foi observado *in loco*. Para Goffman (2010, p. 24), “a barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu”. A construção do processo de mortificação é um *continuum* em todo o período de aprisionamento. Aos poucos o indivíduo perde sua identidade, sua liberdade, seu poder de decisão, é inserido em normas e rotinas sobre as quais não tem governabilidade, é excluído do convívio em sociedade. Torna-se um sujeito de direitos, sem o exercício dos direitos.

Em concordância com Goffman, Mattos (2006, p. 174) traz que “o estado mental do interno, isolado em sua própria cela e estabelecendo contato direto apenas com o pessoal da custódia, acaba produzindo, com o passar do tempo, efeito devastador”. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que não é uma unidade de saúde, como já foi comprovado por inúmeros autores, pelas evidências trazidas nesta pesquisa e na fala dos entrevistados, não traz a suposta “cura” do transtorno mental, tampouco ajuda na melhora da saúde mental do indivíduo, mas ao contrário, ajuda na cronificação da doença e na manifestação de sinais e sintomas, produzindo um cenário que tenta justificar a necessidade de sua existência, como havia discutido Foucault (2014).

Assim, o chamado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico reflete o que há de pior do manicômio e do sistema prisional, ele tem em sua origem a base do tratamento desumanizado, do preconceito e do medo. Concordando com Foucault (2014), o hospital psiquiátrico é o *lôcus* da exclusão social, é o espaço institucionalmente organizado para depositar o “doente mental”, recebendo o nome de “hospital” como um apelo à noção de cuidado, uma estratégia de convencimento social de uma dita importância deste lugar.

No caso específico do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, para além da “doença mental” há o agravante do crime, ganhando legitimidade social a partir de uma noção de que a Medida de Segurança é uma ferramenta de segurança pública. Entretanto, para aqueles que trabalham diretamente com o HCTP há a percepção de que em nenhuma hipótese é um lugar de cuidado.

O CSP é uma unidade prisional, é uma prisão. Ele é chamado dessa forma, a gente pode até dizer que é uma maquiagem. Na verdade, não é um equipamento de saúde, é uma prisão. (GASAM)

Segundo análises dos formuladores do PAT-PE, o CSP constitui-se ainda como espaço de violência devido a permanência da “sobreposição de dois modelos de intervenção social – o jurídico-punitivo e o psiquiátrico-terapêutico – acarretando uma discrepância entre a finalidade declarada e a sua inserção de fato” (TJPE, 2023, p. 18). Ou seja, o programa ratifica tudo o que já fora apontado pela literatura acerca das características do manicômio judiciário e de sua face de violência.

Um ponto a ser ressaltado é que, apesar de legalmente pena e medida de segurança serem sanções penais distintas, na prática se configuram como iguais, o que já havia sido pontuado por Mattos (2006), e ratificado em entrevista:

Eu acho que as expressões “pena”, “medida de segurança”, elas são retóricas, porque, na verdade, o que acontece é privação de liberdade e violação de direitos, maus tratos, como nós presenciemos nos manicômios que foram fechados, como se presenciava no Alberto Maia, como se presenciava na Casa de Saúde Anchieta, como se presenciava em Barbacena. Não tem diferença. Então assim, usar as expressões de medida de segurança ou pena, cumprimento de pena, é só expressão retórica, porque, no fundo, na essência, as pessoas estão sendo maltratadas, estão sendo submetidas a tratamentos ineficazes, estão tendo seus direitos violados. (GASAM)

Logo, compreendendo o contexto de criação do hospital de custódia, sua função social, suas debilidades e seu *status quo* é que analisar-se-á a seguir como vem se dando o processo de desinstitucionalização no Estado de Pernambuco.

4.2 ANÁLISE DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS INTERNOS DO HCTP: TENDÊNCIAS E RESISTÊNCIAS

A partir da projeção de fechamento dos Hospitais de Custódia, estipulada pela Resolução CNJ nº 487/23, coube aos Estados delinear a operacionalização deste processo internamente. Sob esta perspectiva, o Estado de Pernambuco lançou em 2023 o Programa Integrado de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Estado de Pernambuco (PAT-PE). Esse programa visa ser um instrumento de fácil acesso e compreensão para orientar os profissionais do Sistema de Justiça acerca das possibilidades de cuidados extra-hospitalares, com foco na Rede de Atenção Psicossocial e na ordenação dos fluxos processuais (TJPE, 2023).

O programa é fruto de um Grupo de Trabalho Interinstitucional, formado desde 2021, composto por representantes do Sistema de Justiça e Saúde. Importa destacar que o objetivo de desinstitucionalização do HCTP, no Estado de Pernambuco, precede à resolução CNJ, muito embora seja ainda um debate recente, intensificado no início desta década. A representante da EAP apresentou a linha histórica de construção do referido Grupo de Trabalho e sua transformação em Comitê Interinstitucional, culminando na formulação do programa.

[...] na verdade essas discussões elas já aconteciam dentro da câmara do Pacto pela Vida, que era um espaço de discussão em que tinha todos os atores: Defensoria, Tribunal de Justiça, Promotoria, Secretaria de Ressocialização, na época a SERES que hoje é a SEAP, Secretaria de Saúde, a SDS⁴⁵, [...], tinha também representações da Secretaria de Assistência. Então, era um espaço intersetorial em que se discutia as problemáticas da segurança do Estado, e o HCTP sempre foi pauta, muitas vezes. O sistema prisional como um todo e o HCTP foi pauta dentro desse espaço de discussão. Então, esse movimento começa aqui em Pernambuco em 2020 [...] e em 2021 se implanta um Núcleo de Desinstitucionalização dentro do HCTP que era uma equipe voltada para trabalhar os alvarás não cumpridos e já trabalhar numa ótica de mudar o olhar de cuidado, de construção de PTS, de conhecer aquelas pessoas. [...] nós tínhamos um grupo de trabalho para estudar o HCTP e para tomar decisões a respeito do cuidado e das melhorias necessárias para o HCTP. Esse grupo de trabalho se transformou num grupo de trabalho de saúde mental, porque aí já abrangia para além do HCTP, já se pensando na construção de uma política, [...] que é o PAT-PE. Nós construímos uma cartilha com fluxos apresentando o que é RAPS, o que é, o que são os dispositivos do SUS que temos para o cuidado, do SUAS, o que cada dispositivo desse faz. Essa cartilha construída para o judiciário no intuito de fazer eles conhecer, para não haver encaminhamentos inadequados [...] Essa cartilha ela está no site do TJ, se tem acesso a essa cartilha em que se já falava desses fluxos. Em 2021, a gente já faz a apresentação dessa cartilha para os magistrados. Foi um Seminário ainda de forma remota⁴⁶ por conta do período de pandemia e, pós a

⁴⁵ Secretaria de Defesa Social.

⁴⁶ Os representantes do CNJ que estavam inspecionando o CSP neste período registraram em documento que “Ademais, no período da inspeção, teve-se ciência de que está em construção o Programa Estadual de Atenção Integral à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (PAT-PE), através do Grupo de Trabalho

resolução em fevereiro de 2023, a gente faz um seminário promovido pela ESMAPE⁴⁷ em outubro de 2023⁴⁸, em que a gente apresenta também novamente essa cartilha e fala [...] a respeito da resolução, do porquê da Resolução. Então, existe um diálogo, porque nós temos um Comitê de monitoramento dessa política antimanicomial que está preconizado dentro da resolução que haja esse Comitê, esse Comitê tem a mesma base de representação do GT [...] só que esse Comitê ele foi ampliado porque também existe nesse comitê [...] representação do próprio HCTP, da gestão do HCTP, da Secretaria de Assistência Social, da SEPLAG que é a Secretaria de Planejamento do Estado, do Conselho Nacional de Justiça e dos Conselhos de Medicina, de Psicologia, de Assistência Social e os movimentos de classe, que aí nós temos representação do “Libertando Subjetividades” da Escola de Redução de Danos, e do Comitê Contra a Tortura de Pernambuco. Então é um Comitê com várias representações que acompanha e pensa a execução dessa nova política. (EAP)

É possível observar que cada instituição, no âmbito de suas competências, deve executar ações que viabilizem o processo de desinstitucionalização dos internos do HCTP, objetivando o fechamento dessa unidade. Entende-se que a proposta do PAT-PE, ao considerar essas diferentes instituições no processo de desinstitucionalização, não pretende uma sobreposição de poderes entre elas, mas uma articulação e definição e redefinição de fluxos que possibilitem alcançar o que foi definido como Política Antimanicomial pelo CNJ, tendo como norte o conceito da intersetorialidade.

A intersetorialidade, na concepção de Junqueira (1997, p.37), constitui-se enquanto uma “nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses” (Junqueira, 1997, p. 37). E é neste sentido que o PAT-PE reconhece que “as demandas de saúde mental correlacionadas ao processo penal exigem um olhar específico que, por vezes, extrapola o conhecimento jurídico dogmático” (TJPE, 2023, p. 10), fazendo-se necessário a interdisciplinaridade de saberes sobre o objeto em estudo, por meio de uma construção dialética entre o Sistema de Justiça e o Sistema de Saúde.

Portanto, o processo de desinstitucionalização exige o envolvimento de diferentes atores, na medida em que “a desinstitucionalização é um trabalho que é transversalizado por mais de um ente” (GASAM). A fim de monitorar a implantação da Resolução CNJ nº 487/23,

Interinstitucional criado pela Portaria Conjunta TJPE MPPE/DPE-PE no 01/2021. No escopo de tais mobilizações, foi realizado webinar pela Escola Judicial de Pernambuco (Esmape) em novembro de 2021, que tratou da temática em questão e aspectos ligados a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Entretanto, naquele momento, não tinham sido publicados fluxos de trabalho para reorientação do modelo de execução das Medidas de Segurança no estado. Tais fluxos, segundo informado, foram consolidados numa cartilha, cuja redação está pronta e aguarda publicação” (CNJ, 2022, p. 2022).

⁴⁷ Escola Judicial de Pernambuco.

⁴⁸ O evento intitulado “Conhecendo a Resolução CNJ N° 487/2023 e a Rede de Atenção Psicossocial de PE” foi aberto para a sociedade civil e transmitido no canal da ESMAPE no Youtube gratuitamente, disponível no link: https://www.youtube.com/watch?v=cfc1I7VGuo&t=3s&ab_channel=EsmapeTJPE

foi criado em Pernambuco o Comitê Interinstitucional Pernambucano de Monitoramento da Política Antimanicomial (CIPMPA), composto por representantes dos seguintes órgãos:

- I - Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema Socioeducativo do Tribunal de Justiça de Pernambuco;
- II - Coordenadoria Criminal do Tribunal de Justiça de Pernambuco;
- III - Defensoria Pública do Estado de Pernambuco;
- IV - Ministério Público do Estado de Pernambuco;
- V - Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco;
- VI - Secretaria de Justiça e Direitos Humanos do Estado de Pernambuco;
- VII - Secretaria Executiva de Ressocialização de Pernambuco;
- VIII - Secretaria de Planejamento e Gestão de Pernambuco;
- IX - Secretaria de Defesa Social do Estado de Pernambuco;
- X - Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança, Juventude e Prevenção à Violência e às Drogas do Estado de Pernambuco;
- XI - Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura;
- XII - Conselho Regional de Serviço Social;
- XIII - Conselho Regional de Psicologia de Pernambuco;
- XIV - Conselho Regional de Medicina de Pernambuco;
- XV - Representações de Conselhos da Comunidade, caso instituído no Estado;
- XVI Serviço de Avaliação e Acompanhamento às Medidas Terapêuticas do Estado de Pernambuco aplicáveis à pessoa em transtorno mental e em conflito com a lei;
- XVII - Representações de organizações da sociedade civil afetas ao tema. (TJPE, 2023)

Assim, “o Programa se estrutura de maneira interdisciplinar, buscando congrega saberes e práticas essenciais para garantir o cuidado em saúde mental na responsabilização dos sujeitos envolvidos em conflito com a lei” (TJPE, 2023, p. 7). A GASAM pontuou o caráter ativo deste Comitê, com reuniões mensais, na penúltima segunda-feira de cada mês, igualmente, o judiciário pontuou a atuação ativa do Comitê.

Contudo, apesar do Comitê apresentar-se enquanto um instrumento importante na discussão antimanicomial no Estado, avalia-se que as discussões ainda se apresentam de forma pontual, com base na necessidade identificada pelos magistrados na ocorrência de casos concretos. Como demonstrado nas falas a seguir:

[...] houve uma mobilização do judiciário, do Ministério Público, da Defensoria Pública, dos atores do Sistema de Saúde, para que fosse montado um Comitê interinstitucional com voz e vez para todo mundo, para não só traçar regras gerais de atendimento, como também tratar casos particulares. “Olhe na Comarca de Inajá, na Comarca de Ferreiros, tem um caso assim, de uma pessoa que está precisando de um leito, precisa de receber esse tratamento”; então é fazer uma conversa uma ponte. Olha, Ministério Público entrar em contato com o pessoal da saúde, e o pessoal da saúde entrar em contato com o judiciário para poder resolver aquela demanda daquele caso. Então tanto há uma atuação, digamos assim, de normas gerais, como de casos particulares. Eu participei, antes de estar na

Corregedoria, desse Comitê. Muita coisa era resolvida no aplicativo de WhatsApp, na base da conversa, mas o Comitê ainda existe, está atuando. (TJPE)

O Comitê se reúne mensalmente, inclusive, às vezes, a gente tem reuniões fora disso, até porque às vezes tem pauta. Semana passada teve uma pauta fora, que foi uma conversa, o Comitê foi até o IML. A gente vai visitar uma Residência Terapêutica, trata de questões. Então o Comitê tem sido muito ativo e não tem se dispersado não. Ele de fato tem acompanhado e fazendo as pautas. Inclusive de acompanhamento de estudo de caso, e os estudos de caso são levados. E, principalmente, eu acho que uma das principais funções do Comitê também é ser essa parábola para as outras pessoas. Então às vezes a gente recebe telefonema de Caruaru, de Petrolina, daqui de Recife das pessoas na Audiência de Custódia. Então sempre as pessoas que compõem o Comitê terminam sendo referências para saber o que fazer numa situação que precise ser implementada e discutida 487. (MPPE 1)

A gente tem conversas com o Ministério Público mais de perto. O Ministério Público nos busca muitas vezes para esclarecimentos, para melhor compreensão de casos ou para nos acionar, para participar de audiências, para discussão de casos. O Ministério Público nos aciona muito. E a Defensoria Pública, a gente também tem uma aproximação muito grande, exatamente nesse sentido, de garantir que as pessoas tenham acesso à Rede, que elas sejam atendidas, sem dificuldades, que a gente consiga agilizar os atendimentos. Os juízes não muito. Os juízes, eles não procuram muito a GASAM. (GASAM)

Apesar de o Comitê estar ativo e seus componentes serem referências para discussão de casos envolvendo incidente de insanidade mental, questiona-se se há um planejamento a longo prazo para a operacionalização do PAT/PE e a desinstitucionalização do HCTP, ou se tem se limitado apenas a atuações pontuais de vistoria e análise de casos. Tomando como exemplo a Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco (2018), há apenas um capítulo tímido sobre desinstitucionalização que possui apenas uma menção ao HCTP acerca da formulação de uma proposta de intersetorial de cuidado, demandando “compartilhamento de responsabilidades e proposta de intervenção das diferentes esferas de governo na perspectiva de ter a dinâmica da instituição reformulada” (Pernambuco, 2018, p. 35).

Ou seja, apesar da referida política apresentar o lema “Pernambuco, um Estado sem Manicômio”, sua política fala de reformulação da instituição, em um capítulo que deveria tratar de desinstitucionalização. Contudo, é importante analisar que, a atual participação de representantes do Estado no comitê Interinstitucional demonstra que, para além da remodelação da unidade, lembre-se que a unidade mudou de endereço na tentativa de melhorar as condições de vida, hoje, o Estado já tem caminhado na perspectiva de fechar a unidade, necessitando, contudo, expandir a visão para a ampliação de sua Rede de Saúde.

No tocante à fala da GASAM referente à baixa procura dos juízes, a EAP, enquanto equipe que possui livre acesso ao judiciário, finda por agregar em suas atribuições o papel de

informar os magistrados acerca da RAPS, a fim de dirimir o desconhecimento sobre a rede substitutiva:

Recentemente, eu estive em Araripina com parte da minha equipe para construir relatórios de demandas lá da região e aí nós tivemos a oportunidade de sentar no fórum com o defensor, com o promotor, com o juiz, para conversar sobre essa política, para apresentar a cartilha que já tinha sido apresentada, mas de ler com eles, de provocá-los a sentar com a saúde para conhecer quem é que cuida da saúde daquela região para que possa iniciar um diálogo e uma aproximação para quando chegar uma situação que eles identifiquem eles saberem a quem conectar lá pertinho e não vir para aqui, para Recife. Não que não seja um papel nosso estar nessa interlocução, mas vai haver um espaço de tempo até que eu chegue lá e até porque somos uma única equipe para dar conta de todo o Estado de Pernambuco. Então, vai existir um espaço de resposta que não vai ser tão imediata e que pode ser muito mais imediata se eu conversar com meu par que está aqui juntinho de mim. (EAP)

A EAP surge no Estado em 2014, possuindo apenas uma equipe em Pernambuco, “à época foram solicitadas três equipes, mas apenas uma foi credenciada, porque é um recurso que vem do Ministério da Saúde” (EAP). Hoje a equipe é formada por uma psiquiatra, que está na coordenação da equipe, uma enfermeira, duas psicólogas e duas assistentes sociais, não possuindo capacidade operacional para amparar todo o Estado com celeridade, tanto nos casos processuais que surgem nas Varas no cotidiano, quanto, em paralelo, apoiar o processo de desinstitucionalização dos internos do HCTP, assim como monitorar os egressos. Sendo, portanto, imprescindível que as Varas de Execução Penal conheçam a rede de saúde local e tenha com ela uma relação dialógica estabelecida.

Apesar da aproximação entre a Justiça e a Saúde elencada pelo Comitê Interinstitucional, evidencia-se que ainda há uma fragilidade no tocante ao conhecimento do SUS pelo Poder Judiciário, visto que ao ser questionado sobre a Rede de Saúde, o representante dos magistrados, na capital, afirmou: “Eu não conheço a fundo o Sistema de Saúde, a estrutura do Sistema de Saúde, não conheço a fundo, não posso responder” (TJPE), corroborando com a fala anterior da EAP ao demonstrar o desconhecimento do judiciário de Araripina sobre a rede de saúde local, assim como a persistência de alguns juízes em encaminhar para o HCTP, como mostrado abaixo:

Existe sim direcionamentos ainda para o HCTP, e aí é uma resistência, mas é também uma desinformação, por isso é que eu digo há muita necessidade de investimento na educação permanente, no conhecimento desse novo momento, das potencialidades que é possível acontecer. (EAP)

Logo, cabe ao judiciário se atentar à rede assistencial existente, na qual os serviços estão detalhados, por município, na cartilha do PAT-PE que fora divulgada pelo próprio TJPE (TJPE, 2023, p. 38-44).

Destarte, para além do suporte prestado pela EAP ao judiciário, é importante que a gestão estadual estabeleça um processo formativo, não apenas de divulgação da RAPS, mas também das discussões mais recentes sobre saúde mental, visto que, como apontado pela própria GASAM, “*o Estado tem a função de atuar como indutor das políticas*”, devendo, portanto, atuar na “*formação para os operadores públicos do Sistema de Justiça, da Saúde e da Assistência, para contemplar os conteúdos jurídico-legais, o modelo psicossocial e a pactuação entre os sistemas locais de Saúde e de Justiça*” (Desinstitute, 2023). Como partícipe do Comitê Interinstitucional, cabe à gestão estadual do SUS apresentar a Rede de Atenção Psicossocial aos seus pares do Sistema de Justiça, apresentando as possibilidades territoriais de cuidado e o que tem sido feito para ampliar e qualificar a Rede.

Este processo formativo deve ser uma construção conjunta, no qual tanto os atores do Sistema de Justiça precisam buscar conhecer o território em que atuam, buscando conhecer as alternativas de cuidado em liberdade, para além do histórico aprisionamento, assim como o Sistema de Saúde precisa se aproximar mais da Justiça para estabelecer uma articulação e procedimentos básicos nas situações em que uma pessoa com transtorno mental entra em conflito com a lei, definindo, por exemplo, qual é o serviço de saúde de referência para cada localidade. Para tanto, uma alternativa seria buscar o apoio matricial para a construção de capacitações, junto à Escola Judicial de Pernambuco (ESMAPE/TJPE), Escola Superior do Ministério Público de Pernambuco (ESMP), Escola Superior da Defensoria Pública de Pernambuco e a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE).

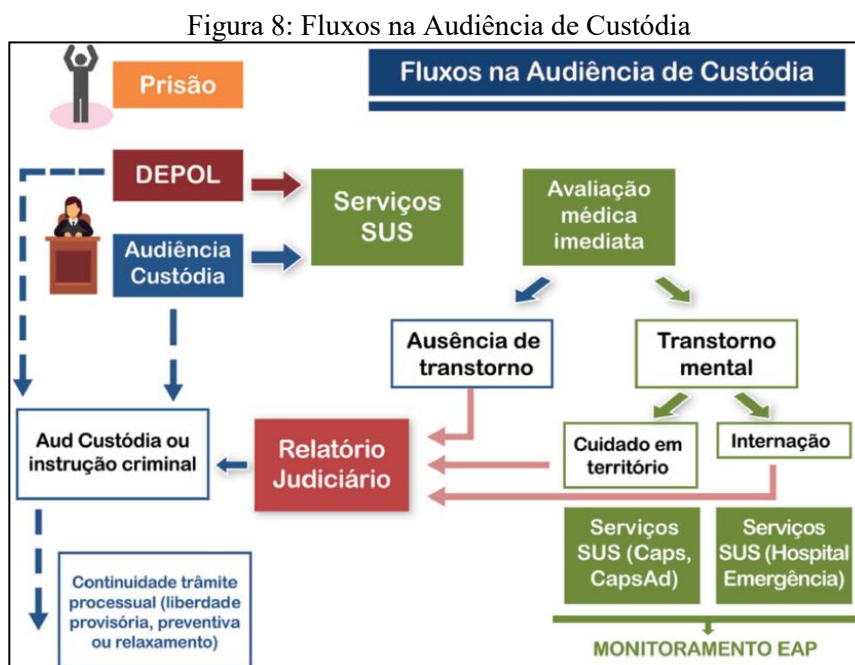
A necessidade de interlocução entre o Sistema de Justiça e o Sistema de Saúde não é fruto da Resolução CNJ nº 487/23 e nem do PAT-PE, mas é uma demanda antiga e que foi institucionalizada através do Comitê. O próprio Ministério Público Federal, em 2011, já destacava a importância da articulação entre saúde e justiça, apontando “a necessidade de melhor diálogo com os profissionais do Direito que atuam na defesa dos direitos fundamentais do cidadão já situa a questão da Atenção Psicossocial como uma temática tanto de saúde pública como de justiça” (MPF, 2011, p. 12).

Em Pernambuco, esta interlocução se deu inicialmente no âmbito das discussões do Pacto pela Vida, posteriormente no GT Saúde Mental e, atualmente, através do Comitê

Interinstitucional, como foi detalhado pela EAP. Um aspecto que deve ser analisado nesse debate diz respeito ao atual fluxo processual que foi construído neste espaço de discussão, visando o novo cenário imposto pela Política Antimanicomial do Poder Judiciário. O Tribunal de Justiça apresentou na Cartilha a organização dos fluxos processuais de forma a guiar os magistrados sobre as possibilidades existentes nos territórios e a definição dos papéis de cada ator no processo judicial.

Sendo assim foram definidos três fluxos: Fluxo na Audiência de Custódia, Fluxo na Prisão Provisória e Fluxo na Medida de Segurança. Salienta-se que nestes fluxos, o diálogo entre os profissionais de ambas as esferas é indispensável, seguindo toda a trajetória do indivíduo, do início ao fim do processo.

A primeira etapa processual dá-se após a prática do ato ilícito, com a Audiência de Custódia, no prazo de 24 horas. O indivíduo detido deve ser apresentado ao juiz para a análise da legalidade de sua prisão, avaliando a necessidade ou não de sua continuidade, sendo ouvidos também o Ministério Público e a Defensoria Pública ou advogados (TJPE, 2023). Estabelece-se, portanto, o seguinte fluxo (Figura 8):



Fonte: TJPE (2023)

Um primeiro ponto a ser abordado é que o encaminhamento para a rede psicossocial pode ser realizado não exclusivamente pelo juiz, mas também pela autoridade policial que no momento da prisão, observando a necessidade, pode encaminhar a pessoa diretamente ao atendimento em saúde mental (TJPE, 2023). Neste sentido, tanto a Delegacia de Polícia

(DEPOL) quanto o juiz na Audiência de Custódia podem realizar os encaminhamentos para a rede de referência.

Entretanto, esse encaminhamento aos serviços de saúde vem enfrentando um conjunto de dificuldades. No momento da Audiência de Custódia, evidenciando-se a necessidade de encaminhamento para o Sistema de Saúde, tanto o representante do judiciário, quanto o representante da SES, apontaram insuficiências da RAPS:

Então, uma primeira dificuldade seria a porta de entrada, que é a Audiência de Custódia. Essa pessoa foi detida e levada à presença de um juiz, o juiz ele precisa decidir para quem encaminhar, para onde encaminhar, considerando que já não existem mais os hospitais psiquiátricos. Então, a dificuldade principal é alinhar as demandas de todos esses atores, porque o pessoal da saúde pode dizer: “Olhe, eu tenho leito, mas eu não tenho leito suficiente, me encaminhe para unidade tal”; mas aí você não tem o transporte para fazer a condução dessa pessoa. Então veja que isso depende de muita gente. Se o juiz, por exemplo, determinou que essa pessoa não vai ficar presa, mas ela vai ser internada, quem é que vai conduzir essa pessoa daqui do judiciário, que as Audiências de Custódias são feitas ali na capital, por exemplo, para o Ulysses Pernambucano? Então, a dificuldade evidentemente que é operacional. (TJPE)

Por isso que eu falei anteriormente da nossa cruzada pela ampliação dos leitos integrais, que é justamente para que as pessoas que apresentem algum sinal ou sintoma, e estejam num momento de crise, num momento agudo, elas sejam encaminhadas para os leitos integrais dos seus territórios e a Rede de Atenção Psicossocial seja acionada para cuidar dessa pessoa. Então assim, se houver uma necessidade de urgência, vai para o leito integral e depois volta, vai ser acompanhado pela rede no território, porque o cuidado é de base territorial, é em liberdade, é de base territorial, isso é princípio, isso é o que preconiza a própria RAPS, a própria Portaria 3088, que instituiu a RAPS. (GASAM)

Essa cartilha construída para o judiciário no intuito de fazer eles conhecer, para não haver encaminhamentos inadequados, para na questão da decisão judicial deles e já existiam fluxos para que as pessoas que se apresentavam na Audiência de Custódia não fossem encaminhadas para uma unidade prisional e sim para um serviço de cuidado de base territorial. Se em situação de crise, fosse direcionado para os serviços de emergência psiquiátrica dos leitos integrais e, se fossem situações mais amenas, serem encaminhados para os CAPS. (EAP)

É garantido ao indivíduo o cuidado em saúde mental e a estabilização da crise na Rede Pública de Saúde, salientando que, nos casos de internação em leitos integrais, ou em urgência/emergência, “a internação, assim, a rigor, só poderá ser admitida, para os momentos de grave crise, quando os recursos extra-hospitalares revelem-se insuficientes” (Mattos, 2006, p. 212),

Um ponto de extrema relevância a ser destacado nessa discussão, diz respeito à repactuação do fluxo assistencial no momento da Audiência de Custódia, dentro dos limites

legais, para garantia do acesso à saúde visando à estabilização da crise mediante acesso aos serviços da RAPS.

Se um paciente chega na Audiência de Custódia baleado, ele não vai para unidade prisional, ele vai para um hospital de urgência e emergência cuidar do tiro. Porque é que um doente mental que chega visivelmente em surto, em crise, numa Audiência de Custódia lhe é tirado o direito desse cuidado, é colocado dentro de uma unidade prisional, que são superlotadas, que não vão ter condições de lidar com essa crise, em vez de ofertar a ele cuidado de saúde? [...] Então, a Audiência de Custódia ela pode ser suspensa se eu vejo que a pessoa tem um transtorno mental ali, ou que está visivelmente numa crise, num quadro de desorganização psíquica. Eu posso suspender a Audiência de Custódia, cuidar da saúde mental dessa pessoa e ela se apresentar posteriormente, e aí nesse trâmite a EAP pode chegar construir o relatório junto com o serviço de saúde, instaurar um incidente de insanidade mental e avaliar se naquele delito cometido ele tinha condições de responder por aquele delito no momento ou não. Se ele tem, ele vai cumprir a pena dele, se ele não tem, ele vai para o cuidado territorial dar continuidade a esse cuidado em liberdade. Essas pessoas que são atendidas nas Audiências de Custódia e que apresentam algum sinal ou sintoma de sofrimento psíquico, elas vão ser encaminhadas para a Rede local. (EAP)

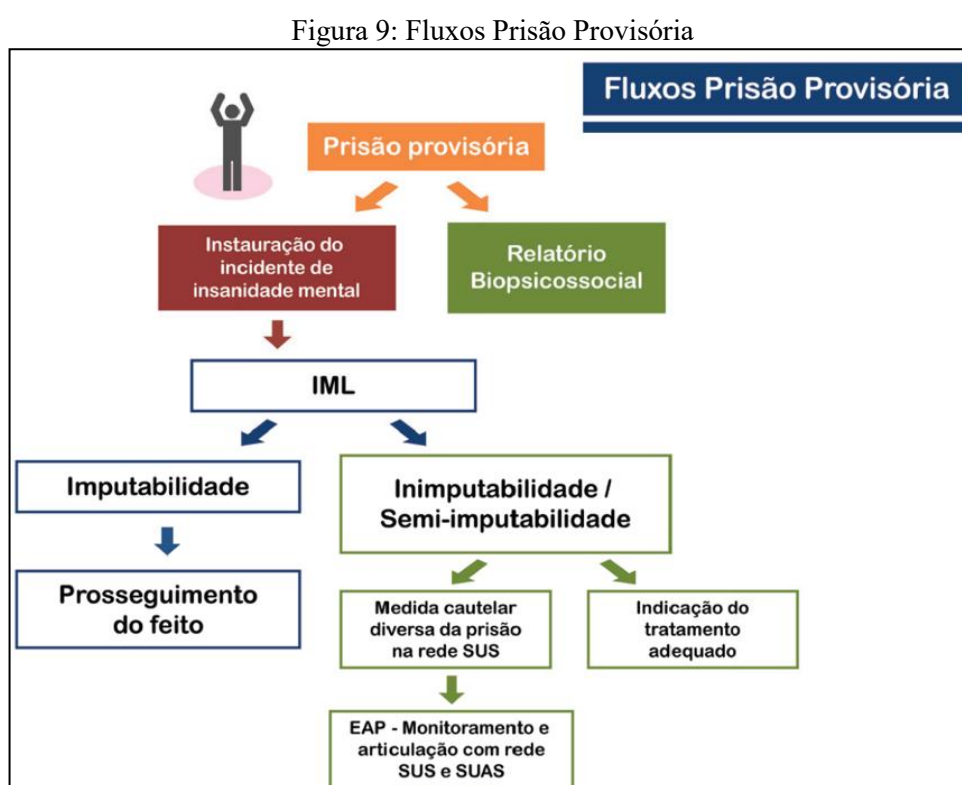
Sobre essa nova repactuação o TJPE orienta que ao haver suspeita de incidente de insanidade mental o indivíduo seja encaminhado para a Rede de Saúde. No serviço, o indivíduo será avaliado pelo médico que emitirá um parecer a respeito da presença ou ausência de transtorno mental. Em caso de ausência, segue-se o relatório judiciário prosseguindo com a Audiência de Custódia ou Instrução Criminal e a continuação dos trâmites legais. Em caso de suspeita e/ou confirmação de transtorno mental, o médico emitirá um parecer indicando o cuidado em liberdade na RAPS, ou a internação, frisando que a internação é temporária até a estabilização da crise, sendo também realizada no SUS (TJPE, 2023).

Apesar do PAT-PE definir as etapas processuais e o papel de cada ator-chave do processo de desinstitucionalização em Pernambuco, há ainda um déficit na Rede de Saúde para operacionalizar o que foi definido pelo Programa. A operacionalização do Programa esbarra na questão orçamentária, em virtude de que “as demandas são infinitas e os recursos são escassos” (TJPE). E vale pontuar que o histórico subfinanciamento do SUS vêm respondendo, em larga medida, pela não consolidação dos seus princípios constitucionais (Funcia, 2019; Marques, 2019; Maziero, 2019; Souza, 2020).

A intencionalidade de alinhamento à luta antimanicomial registra a necessidade de interlocução do Sistema de Justiça com a rede intersetorial e a estruturação de fluxos processuais de forma a definir a trajetória do indivíduo em cada etapa do processo legal. E

como já pontuado em parte dessa análise, a RAPS tem um papel indispensável para a garantia do cuidado visando a consolidação da desinstitucionalização. Entretanto, ao mesmo tempo em que ela apresenta esse papel e potencialidade, as suas insuficiências vêm, por outro lado, dificultando o alcance desse objetivo.

Continuando para a próxima etapa do fluxo processual: após a Audiência de Custódia é definido se o indivíduo permanecerá ou não em prisão provisória, caso sim, seguirá o fluxo estabelecido pelo PAT-PE (Figura 9):



Fonte: TJPE (2023)

Como já referido, o PAT-PE propõe a intersetorialidade enquanto uma diretriz que deve ser construída permanentemente. Este diálogo epistemológico ocorre de duas maneiras: entre os campos da Justiça e da Saúde, e internamente no campo da saúde. No primeiro caso, os magistrados, amparados na legislação específica, citada no capítulo 3, analisam os conceitos próprios do Direito Penal: culpabilidade, responsabilidade, periculosidade, inimputabilidade. Em contrapartida, eles têm, também, como referência as análises realizadas pelos peritos da saúde: os psiquiatras forenses e a equipe da EAP.

A averiguação de insanidade mental e o exame de incidente de insanidade mental é realizado pelo Núcleo de Psiquiatria Forense no Instituto Médico Legal (IML).

[...] o exame de incidente, ele é um exame específico com um profissional médico que tem uma especialidade em medicina forense. Então esses exames hoje a gente tem um laudista, uma pessoa com essa formação dentro do CSP, mas na cartilha ela direciona esses exames de incidente a serem feitos no IML, no Instituto Médico Legal, que é o espaço de profissionais forenses. Então nós temos psiquiatra no IML com formação forense que faz esses laudos dos réus soltos. (EAP)

O exame psiquiátrico no processo judiciário, para Foucault (2018, p. 14) possibilita: “dobrar o delito tal como é qualificado pela lei, com toda uma série de outras coisas que não são o delito mesmo, mas uma série de comportamentos, de maneiras de ser que, bem entendido no discurso do perito psiquiatra, são apresentadas como a causa, a origem, a motivação”. Enquanto o exame psiquiátrico se debruça sobre a ocorrência ou não de transtorno mental que possa ter influência sobre o ato infracional, a EAP, é acionada pelo Judiciário, Defensoria Pública ou Ministério Público, para realização do relatório biopsicossocial.

Diferentemente do exame psiquiátrico, o relatório da EAP, feito por uma equipe multidisciplinar, abrangerá aspectos mais amplos. Salienta-se que este relatório deverá apresentar “o contexto familiar, socioeconômico, profissional e comunitário da pessoa, seu histórico de saúde mental, o atual exame psiquiátrico e, em especial, o contexto da rede de serviço SUS e SUAS disponíveis para atendimento” (PAT-PE, 2023, p. 35). Nas palavras da EAP:

[...] os relatórios biopsicossociais são feitos sempre por vários olhares de profissionais, nunca é, nunca se faz uma única pessoa, é uma avaliação que se faz pelo menos por 2, 3 membros da equipe, que consta de avaliar o paciente, de avaliar a pessoa que esteja privada de liberdade e avaliar e estudar os prontuário de saúde da penal, entrevistar a família, fazer contato com a RAPS do território daquela pessoa, fazendo levantamento da existência de passagens ou não desse sujeito já pelos dispositivos de saúde e tem como objetivo subsidiar ao judiciário das possibilidades de cuidado de base territorial. (EAP)

A EAP é, sem dúvidas, um avanço na avaliação em saúde mental que para além do exame psiquiátrico, mais pragmático na existência ou não de uma “doença mental”, avalia questões outrora ignoradas, e que são trazidas à tona como determinantes de saúde. E mais,

apreende-se que o contexto familiar, as questões socioeconômicas como renda, vulnerabilidade social e a existência da rede assistencial no território do indivíduo são questões que influenciam diretamente no desenvolvimento de sofrimento mental ou no aprofundamento do transtorno mental existente.

Internamente, no campo da saúde mental, observou-se duas linhas de pensamento paralelas: a psiquiatria, que de forma mais tradicionalista analisa o sujeito com base em seu exame psíquico, como aponta Foucault (2010) e a linha da saúde mental que, embasados em um conceito amplo de saúde e na Luta Antimanicomial brasileira, como historicizado por Amarante (1996) veem o indivíduo por várias dimensões, analisando os determinantes sociais, fatores de risco, o processo de adoecimento, dentre outros fatores. Devido a isto, tanto o exame de insanidade mental, elaborado pelo psiquiatra forense do IML, quanto o parecer biopsicossocial, redigido pela equipe da EAP, subsidiarão os juízes a partir da análise do sujeito sob ângulos diferentes e inversamente complementares. Confrontando sua bagagem teórica com as elaborações do campo da saúde, o magistrado formará a sua decisão.

Tal ponto deve receber o devido mérito, ao revisar toda a trajetória da loucura à saúde mental, destaca-se como a ciência teve, e ainda tem, papel fundamental no tratamento destinado a essas pessoas e como sempre foi ao mesmo tempo vanguarda e retaguarda de todo este processo de institucionalização à desinstitucionalização (Foucault, 1989; Amarante, 1996). Analisa-se que o cargo judicial acompanha um status social que o legitima através do poder abstrato de uma entidade institucional (o Tribunal de Justiça), embasamento científico (parecer psiquiátrico e biopsicossocial) e aporte legal (Código Penal). Este tripé (instituição-ciência-lei) confere ao juiz as bases para a elaboração de suas sentenças, que, em seu interior, dispõe do poder de decidir sobre a vida de outrem.

O Sistema de Justiça tem um poder que lhe fora incumbido socialmente de determinar o futuro das pessoas que quebram o contrato social (a lei). É no discurso, na sentença, de seus juízes que se manifesta o seu biopoder, conforme definido por Foucault (2010, p. 6-7):

Poder de determinar, direta ou indiretamente, uma decisão de justiça que diz respeito, no fim das contas, à liberdade ou à detenção de um homem. [...] Portanto, são discursos que têm, no limite, um poder de vida e de morte. [...] de onde lhes vem esse poder? Da instituição judiciária, talvez, mas eles o detêm também do fato de que funcionam na instituição judiciária como discursos de verdade, discursos de verdade porque discursos com estatuto científico, ou como discursos formulados, e formulados exclusivamente por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição científica. (Foucault, 2010, p. 6-7)

A ciência, por outro lado também detêm poder ao ser capaz de influenciar na decisão judicial, através do parecer psiquiátrico e do parecer biopsicossocial:

São imprescindíveis. A própria legislação estabelece que a decisão do magistrado, seja pelo afastamento da pretensão acusatória absolvendo o réu pela doença mental, ela é calcada em cima de um laudo pericial. Então, o laudo ele é elaborado pelo psiquiatra e o laudo é interessante porque ele aponta se a pessoa é imputável, inimputável, semi-imputável, qual é o CID, se essa pessoa representa ou não um perigo, se esse mal do qual a pessoa padece se é transitório ou permanente. Então a decisão judicial ela é, nestes casos, basicamente tomada em cima do laudo pericial. (TJPE)

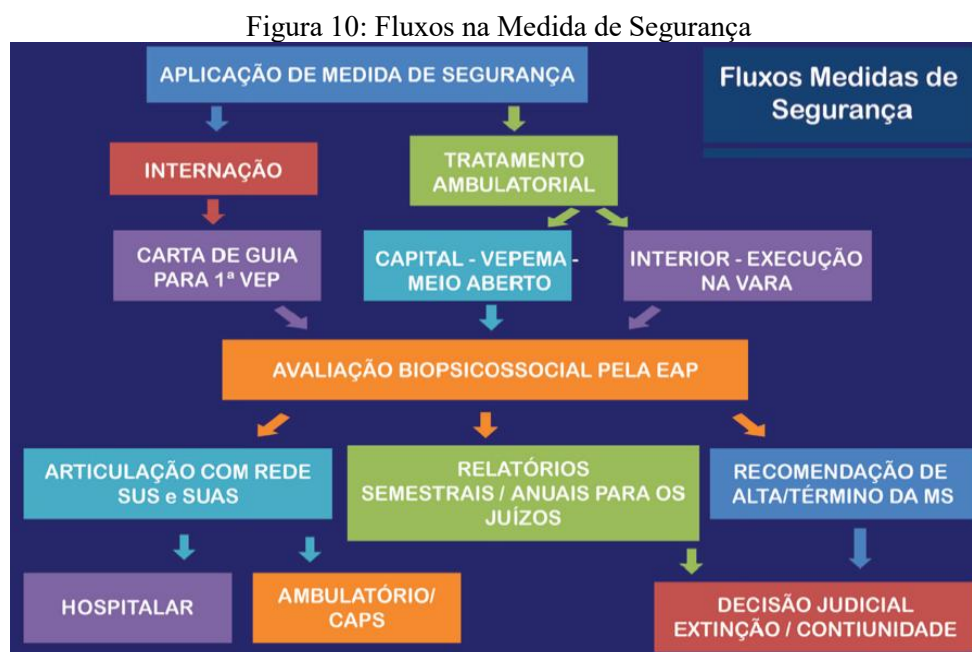
Apesar dos laudos serem tidos como imprescindíveis, destaca-se a singularidade de cada caso, o que exige, por vezes, a jurisprudência do magistrado, inclusive referente a acatar ou não o laudo pericial:

[...] é interessante isso ser registrado na sua pesquisa, pela lei o juiz não está obrigado a acatar o laudo do perito não, está lá no artigo 182. Então, eu já me deparei com a situação de que eu recebi um laudo dizendo que o indivíduo era imputável e essa pessoa era absolutamente nítido que estava num grau de sofrimento mental enorme, ela tinha um discurso absolutamente delirante e o laudo dizendo que ele era imputável. Neste caso, eu determinei que o laudo fosse confeccionado novamente e aí veio dizendo que ele era semi-imputável. Então, isso vai ser avaliado sempre dentro do caso concreto. Mas acontece, muitas vezes, do laudo já estar constando nos autos pendente de uma decisão judicial, e aí imagine que cada Vara Criminal tem o seu acervo de processos, as vezes cinco mil, cem mil, dez mil processos, então o juiz, ele vai avaliar concordando ou não. Na maioria esmagadora das vezes concorda. (TJPE)

Em última instância, a decisão caberá exclusivamente ao juiz, ilustrando assim o biopoder destacado por Foucault.

Seguindo o fluxograma, se for apontada a existência de imputabilidade, dá-se prosseguimento ao feito na regra geral. Se, por outro lado, for confirmada a inimputabilidade ou semi-imputabilidade, há a indicação do tratamento na RAPS, ou medida cautelar, diversa da prisão, na rede do SUS, com o monitoramento da EAP em articulação com o SUS e o SUAS (PAT-PE, 2023). Para Mattos (2006, p. 35): “a partir do momento em que se instaura o incidente de insanidade mental, ao depois positivado via laudo, todas as saídas se fecham ao sujeito não-sujeito”. O laudo positivo para transtorno mental marca uma nova fase para a vida do indivíduo, seguindo-se, o cumprimento da Medida de Segurança.

Passada esta fase e conferida a decisão judicial pela aplicação de Medida de Segurança, a mesma deve ser realizada a partir das indicações das equipes de saúde (RAPS e EAP), além disto, independente da modalidade da Medida, deve ser cumprida nos serviços do SUS (PAT-PE, 2023), evidenciando a obsolescência do HCTP frente ao Programa. A partir da decisão judicial, o PAT-PE define o fluxo das Medidas de Segurança (Figura 10):



Fonte: TJPE (2023)

Nesta lógica, se a medida de segurança for do tipo internação é encaminhada a carta guia para a 1º Vara de Execução Penal (VEP), em caso de tratamento ambulatorial há duas possibilidades, se for na capital (Recife), será encaminhado para a Vara de Execuções das Penais e Medidas Alternativas (Vepema) para cumprimento em meio aberto, se for no interior do Estado, seguirá para a respectiva Vara do processo. Em ambas as possibilidades de medidas, há a avaliação biopsicossocial pela EAP que deverá articular com a Rede de Atenção à Saúde e SUAS, além de elaborar relatórios semestrais e anuais para os juízes, e recomendar, quando couber, a extinção da Medida de Segurança que embasará a decisão judicial acerca de sua continuidade ou não.

[...] a gente já dentro desse relatório sugere ao judiciário avaliar a extinção de Medida, para que ele possa de fato ser uma pessoa livre. Se o judiciário não acata, a gente permanece na confecção desses relatórios e acompanhando sempre a medida do paciente. Estando bem, a gente está sugere essa extinção de Medida. (EAP)

Com a extinção da Medida de Segurança é expedido o Alvará de Soltura e o indivíduo será, a partir de então, uma pessoa livre. Se o indivíduo estava internado, ele será liberado e encaminhado para a Rede de Atenção Psicossocial, sendo esta etapa de desospitalização e tratamento em liberdade um dos pontos principais da desinstitucionalização; se ele estava em tratamento ambulatorial, com o fim da Medida de Segurança, finda-se seu processo legal, sendo mantido o acompanhamento no CAPS, até onde se fizer necessário. Tal etapa será aprofundada no próximo tópico.

Em suma, o Programa apresenta todo o fluxo do indivíduo no Sistema de Justiça e, em paralelo, no Sistema de Saúde, desde a apreensão pela autoridade policial até a extinção da Medida de Segurança. Sendo um retrato deste processo no Estado de Pernambuco que busca a uniformização do tratamento dado à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, visando a dignidade humana e o cuidado integral do indivíduo.

4.2.1 Análise dos mecanismos de desinstitucionalização

O Conselho Nacional de Justiça apontou em 2022 alguns dos principais desafios para a desinstitucionalização do HCTP:

celeridade no andamento de processos judiciais, principalmente de Varas do interior do estado, no tocante a homologação de laudos psiquiátricos; a criação de possibilidades para garantia do direito à moradia e demais direitos das pessoas que já tem Alvará de Soltura expedido; a necessidade de qualificação de critérios da porta de entrada. Foi falado também da resistência encontrada diante de pedidos para cuidado em liberdade, por parte de promotores e magistrados, em se manifestar e decidir favoravelmente pelo tratamento ambulatorial, inclusive em casos em que há suporte familiar. (CNJ, 2022, p. 228)

Estes aspectos serão analisados no decorrer deste tópico, a começar pela problemática da porta de entrada, como fruto da Resolução CNJ nº 487/23 e do PAT-PE. Em 21 de janeiro de 2024, foi publicada, na 1ª Vara de Execução Penal do Estado, a Portaria nº 001/2024 que decretou a interdição parcial do CSP, proibindo, terminantemente, o ingresso de novos internos. Esta medida denota o alinhamento do Tribunal de Justiça de Pernambuco com a Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Afora o fechamento da porta de entrada, a Portaria determinou ainda: proibição da realização de exame de sanidade mental nas dependências do HCTP; reavaliação da situação jurídica dos internos no prazo de 90 dias, a fim de promover estratégias de desinstitucionalização; monitoramento dos egressos do HCTP pela EAP; os presos provisórios deverão ser encaminhados de volta a suas unidades de origem (TJPE, 2024). Tais medidas demarcam o posicionamento do Tribunal de Justiça de Pernambuco e seu alinhamento à Política Antimanicomial do Poder Judiciário, definindo marcos desinstitucionalizadores.

Com o processo de desinstitucionalização em curso, surgem dois grupos de usuários para a RAPS, os internos com vínculos familiares rompidos e que precisarão dos serviços públicos de acolhimento e aqueles que recebem o laudo de transtorno mental, mas que com o fechamento da porta de entrada, serão cuidados em liberdade. Neste panorama, questiona-se a atual conjuntura da Rede de Atenção Psicossocial.

Para tanto, o Programa enfatiza três princípios fundamentais: interdisciplinaridade, articulação e intersetorialidade, inserindo neste processo a participação do Poder Judiciário, da Defensoria Pública e do Ministério Público. Conceitualmente, o Programa define a articulação enquanto cuidado integrado, de forma descentralizada, regionalizada e solidária, prezando pelo diálogo contínuo; a interdisciplinaridade fundamenta-se a partir do diálogo epistemológico e de uma compreensão ontológica do indivíduo; e a intersetorialidade compreende-se como a coparticipação do sistema de justiça e de saúde no cuidado dos indivíduos (TJPE, 2023, p. 12).

A articulação entre os sistemas supramencionados reflete o princípio da intersetorialidade como uma estratégia essencial para a construção do Programa, objetivando o encaminhamento qualificado dos casos para o atendimento das necessidades sociais e de saúde dos sujeitos. A priori, o Programa traz que:

[...] um pressuposto fundamental é que as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei necessitam de amparo dos serviços de saúde e a resposta estatal adequada deve ser constituída a partir da identificação das necessidades prementes, com base em um saber técnico. Compreender a estrutura de organização da saúde pública no território pode facilitar a interlocução interinstitucional e os encaminhamentos necessários. (TJPE, 2023, p. 11)

Como já foi discutido, há um desconhecimento da RAPS por parte do judiciário, que requer um processo de diálogo contínuo entre a gestão do SUS e o judiciário a fim de diminuir esta lacuna de conhecimento. O PAT-PE (2023) define que a RAPS deve ser a ordenadora do cuidado em liberdade, destacando que a assistência prestada à pessoa com

transtorno mental em conflito com a lei deve ser igual àquela destinada aos demais usuários. Sobre a Rede de Atenção Psicossocial em Pernambuco no cuidado à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, foi referido pelo Ministério Público que:

[...]os CAPS são essenciais e tem os CAPS III, que eles são pra receber também pessoas em surto, em crise, em emergência, em situação de emergência psiquiátrica e eles podem fazer lá uma estabilização um acompanhamento e às vezes consegue, muitas vezes conseguem, naqueles 2, 3 dias que a pessoa está lá, estabilizar a pessoa e ela volta para casa e fica como assistência de acordo com o que foi indicado pela equipe que atende e que a acompanha. Então tem esse reforço no atendimento de emergências psiquiátricas, tem ainda o Hospital Ulysses Pernambucano aqui na Região Metropolitana, do Agreste para cá, e tem também as redes nos diversos municípios, que é às vezes tem apenas um tipo de CAPS ou 2 municípios tem um CAPS, mas essa rede tá funcionando, assim, ela vem aumentando, vem sendo ampliada ao longo do tempo. Tem também os CAPS mais especializados como infantil ou de álcool e outras drogas, que também são componentes dessa rede, e o próprio ambulatório, porque um ambulatório não deixou de existir, ele não perdeu a importância, ele também tem a sua importância nesse atendimento, nesse acompanhamento, que às vezes a pessoa não tem o perfil de CAPS, mas ela vai precisar ser atendida sim pelo ambulatório em psiquiatria e muitas vezes nem precisa basta ficar com o PSF que já tem também um treinamento pra atender esses casos de psiquiatria, manutenção de medicação, ajuste, o que seja. Então assim, a rede bem informada ela consegue sim dar assistência adequada para as pessoas de acordo com as necessidades de cada uma, se isso não tiver acontecendo aí é como a gente deve ir em busca de fazer com que essa rede seja estruturada, seja adequada ao número de habitantes, ao número de pessoas é que precisem dela e possam prestar um serviço melhor. (MPPE 2)

Doutro lado, a RAPS, embora seja o ponto central do cuidado em liberdade, através, especialmente, dos CAPS e dos SRTs, apresenta hoje um déficit quantitativo e qualitativo importante, vide a tabela 9:

Tabela 9: Quantidade de equipamentos da RAPS Pernambuco (2023)

NATUREZA DO SERVIÇO	QUANTITATIVO
CAPS I	85
CAPS II	20
CAPSi	15
CAPS AD II	11
CAPS III	12
CAPS AD III	07
RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA - SRT	106
UNIDADE DE ACOLHIMENTO – U.A	07
eCR / eCnR	18
LEITOS SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL	164

Fonte: TJPE (2023)

Nesse sentido, entende-se que para uma devida condução de um processo de desinstitucionalização, a partir do fechamento da citada unidade, seria necessário, inicialmente, realizar um planejamento de curto e longo prazo visando o atendimento das principais necessidades de saúde e socioeconômicas dos futuros egressos, demandando, consequentemente, o suporte da Rede de Atenção à Saúde e Assistencial que irá atender estes indivíduos.

Embora o Estado esteja a frente dos debates da desinstitucionalização do HCTP, a municipalização retirou do Estado o papel de executor final das políticas públicas, inclusive no que tange à Política de Saúde Mental. Por meio da Portaria 3.088/11 coube à esfera municipal a “implementação, [...] financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial”, art. 14, III (Brasil, 2011), sendo, portanto, de sua responsabilidade a implementação dos serviços de saúde mental.

Isto posto, coube à Secretaria Estadual de Saúde, através da Gerência de Atenção à Saúde Mental, o papel de amparar os municípios na implementação da RAPS. A GASAM é “*responsável pelo apoio técnico [...] O Estado não executa as ações, o Estado oferece a retaguarda técnica, a retaguarda científica, o suporte às equipes*” (GASAM). Considerando que o Estado de Pernambuco possui 185 municípios, com profundas desigualdades territoriais e sociais, percebe-se o impacto da municipalização na gestão das políticas públicas, inclusive da saúde.

O que é que a gente tem procurado? Os Municípios. Articulação com as coordenações municipais de saúde mental para que as pessoas sejam recebidas no território, para que elas sejam também avaliadas. Porque algumas pessoas que estão hoje no CSP estão, inclusive, com Alvará de Soltura há mais de dez anos. Isso é um absurdo, isso é uma violação de direitos humanos, é inaceitável! Então, o nosso trabalho tem sido muito no sentido de tensionar os municípios. A gente tem feito muito isso, para que o município receba essas pessoas, seja por meio do Programa de Volta para Casa, articulando as famílias para receber essas pessoas, seja tensionando para que essa resolução que prevê uma vaga das residências terapêuticas seja cumprida, e seja abrindo novas residências terapêuticas também. (GASAM)

[...] Esses Alvarás não cumpridos são aquelas pessoas que, até pelo tempo de institucionalização, porque nós temos pessoas ali que estão há quase 20 anos, que é outra violação porque a Medida de Segurança preconiza de que o sujeito ele tem até 3 anos que é o cumprimento dessa Medida, mas ali a gente tem pessoas que estão há 7, há 4, há 20 anos dentro daquele espaço, então essa Medida ela já foi duplamente, triplamente cumprida. Mas a não desinstitucionalização, a não saída, vem por perda desses vínculos familiares, por necessidades de espaços de acolhimento e de cuidado. (EAP)

[...] do ponto de vista da lei, as pessoas que estão privadas de liberdade hoje, que têm Alvará de Soltura, elas cumpriram a pena e elas podem viver uma vida comum, uma vida como qualquer outra pessoa, desde que estejam acompanhadas, desde que tenham suas necessidades de saúde satisfeitas, desde que possam retornar à sociedade, como qualquer outra pessoa, como qualquer sujeito de direitos.
(GASAM)

Corroborando a fala dos entrevistados, o Relatório de Inspeções: Estabelecimentos prisionais do Estado de Pernambuco (CNJ, 2022, p. 20), relata que “há diversas pessoas com extinção da pena e Alvará de Soltura que permanecem internadas uma vez que a liberdade fica condicionada a existência de vaga em residência terapêutica ou a localização de algum familiar responsável pelo condenado”. Percebe-se, portanto, que há uma linha do judiciário que tem decidido pela extinção de Medida e Segurança, mas que tem esbarrado na insuficiência da RAPS.

“O descumprimento do mínimo de tempo legal e a longitudinalidade que as Medidas de Segurança findam por apresentar em deferência ao estipulado pelo Código Penal já foi objeto de estudo de muitos pesquisadores (Mattos, 2006; Ribeiro, 2008; Carrara, 2010; CREMESP, 2013, Santos, 2023). Goffman (2010, p. 23), já apontava os danos causados pela internação de longa permanência em hospital psiquiátrico: “se a estada do internado é muito longa, pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior, o que já foi denominado de “desculturamento” – isto é, “destreinamento” – que o torna incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária”.

O rompimento dos vínculos familiares e sociais cria um desconhecimento do indivíduo com a realidade, aprofundado pelo processo mortificante da internação. Com o passar do tempo, o indivíduo em aprisionamento torna-se alheio às mudanças sociais, das mais simples como “pagar a passagem de ônibus utilizando o Cartão Vem”, como as mais complexas como “utilizar um celular para pedir um carro de aplicativo”. Os exemplos apresentados demonstram o mínimo desse processo de “destreinamento” que o interno de longa permanência pode enfrentar em situações da vida que são corriqueiras para as demais pessoas.

Em paralelo, a fragilização ou ruptura dos vínculos familiares pode ser predecessor ao internamento ou decorrente dele. No segundo caso, pode ser atribuído, por exemplo, a dificuldade de acessibilidade ao HCTP, como foi apontado anteriormente, mas não se limitando apenas a isto. Já no primeiro caso, pode ser resultado do crime realizado, já que a

pessoa com transtorno mental “comete fato definido como crime, na maior parte dos casos atinge a um familiar e semeia o medo pânico de que torne a cometer qualquer outro ato violento contra os demais [...] tal medo passa pela vizinhança e pela localidade onde cometido o crime” (Mattos, 2006, p. 142). O medo gerado pelo ato cometido gera uma disfunção no núcleo familiar e o temor do retorno deste indivíduo:

As visitas familiares são poucas, principalmente nos casos de crime intrafamiliar. Em alguns casos o parente pode dizer: “Visito, trago comida, roupa, mas não quero em casa”. Quando uma mãe fala, em lágrimas, que não quer um filho de volta para casa, é porque ela está protegendo o outro filho, ou o neto. (SEAP)

Na ausência da família, antes da definição dos fluxos estabelecida pelo PAT-PE, era comum a ocorrência da seguinte situação:

As perícias estavam atrasadas e a gente pegou uma situação que foi muito complicada na época porque existia uma tal de alta social, que era uma alta que dizia que a periculosidade dele só ia cessar quando aparecesse um familiar. Bom, esse familiar não aparecia e tinha gente no HCTP com mais de 30 anos. (MPPE 1)

Sobre este fato emerge a crítica de Zgiet (2021) sobre o familismo nas políticas públicas brasileiras, ao declarar que “o Estado só oferece cuidado à pessoa se não houver quem tenha a obrigação de cuidar. [...] numa desospitalização que não questiona a institucionalização da loucura, mas a transfere para outro aparato institucional – a família” (Zgiet, 2021, p. 234). É necessário ter cautela para não atribuir a responsabilidade do cuidado dessas pessoas exclusivamente às famílias. Ao contrário, é preciso que esta família também seja cuidada, principalmente quando se confronta o cenário brasileiro em que recai maiormente sobre as mulheres o papel de responsáveis pelo núcleo familiar.

Nestas situações de rompimento dos vínculos familiares, a EAP e o Núcleo de Desinstitucionalização trabalham no resgate dessas famílias, na tentativa de aproximações. Na persistência da negativa em acolher de volta ao lar, cabe ao Estado pensar maneiras de garantir a liberdade à pessoa, possibilitando, contudo, que a família esteja envolvida no cuidado, ainda que não sob o mesmo teto, a EAP dá um exemplo:

Nós temos alguns pacientes que estão em aluguel social, então isso é um avanço dentro dessa possibilidade de retorno, porque eram pessoa em que a família

concordava em apoiar, em assistir, mas não dentro do espaço da família, então se conseguiu o aluguel social e tem se feito esse tipo de desinstitucionalização. (EAP)

Então há estratégias sendo executadas para este tipo de situação, e ainda que o indivíduo não esteja na casa da família, os CAPS continuarão o processo de acompanhamento e fortalecimento dos vínculos de forma contínua. Assim, de forma colaborativa, a Saúde e a Assistência Social, enquanto políticas irmãs de Seguridade Social, atuam para a desinstitucionalização, para o cuidado na comunidade, para o auxílio financeiro, quando couber, para o processo de educação popular sobre o transtorno mental, na criação de uma nova cultura, enfim, para a desinstitucionalização enquanto conceito amplo.

Não obstante, há indivíduos que de fato voltaram para a casa da família:

Desde que o Núcleo foi criado a gente fez 350 desinstitucionalizações, dessas 350, 309 voltou para o seio da família. E essas desinstitucionalizações, elas foram articuladas com a Rede, muitas vezes foi levada essa Rede, feito reuniões ampliadas com a Rede SUS e com a Rede SUAS para a construção desse cuidado de base territorial. (EAP)

Ao referir-se à equipe do Núcleo de Desinstitucionalização, criado em 2021 na unidade, comprova-se a eficácia da estratégia de se ter uma equipe de apoio responsável por operacionalizar a articulação necessária para a saída destes indivíduos da unidade. Merece destaque que para além da RAPS, a Rede de Assistência Social também age no viés da garantia dos direitos sociais dos egressos.

Dado que o processo desinstitucionalizante “demanda negociações e pactuações intersetoriais entre a Saúde, a Administração Penitenciária e a Segurança Pública, o Sistema de Justiça e a Assistência Social” (Desinstitute, 2023), o Comitê Interinstitucional, composto por representações da Secretaria de Assistência Social, apresenta na cartilha do PAT-PE a composição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no Estado, apresentado o CRAS, no âmbito da proteção social básica, às famílias em situação de vulnerabilidade social, e os CREAS na proteção social especial, para famílias em situações concretas de violência (PAT-PE, 2023).

Na configuração da rede socioassistencial de Pernambuco, têm-se: 342 CRAS, em todos os 184 municípios e no Distrito Estadual de Fernando de Noronha; 193 CREAS, em 182 municípios e em Fernando de Noronha; 07 Centros de Referência para População em

Situação de Rua (Centro POP); 26 Unidades de Acolhimento para Adultos e Famílias; 78 Unidades de Acolhimento para Crianças e Adolescentes; 11 Residências Inclusivas e 36 Unidades de Acolhimento para Pessoas Idosas (PAT-PE, 2023). Ainda assim, aponta-se, também, a insuficiência da Rede de Assistência Social: “[...] *algumas pessoas que tem perfil para dispositivos da Assistência Social, que são muito poucos esses dispositivos da Assistência Social de abrigamento, de Residências Inclusivas, que também é outro dificultador para o cumprimento desses Alvarás*” (EAP).

A insuficiência das Residências Terapêuticas da Saúde e das Residências Inclusivas da Assistência Social apresentam um cenário preocupante no planejamento da desinstitucionalização. Ainda assim, conforme a Portaria nº 3.088/11, o equipamento responsável pelo acolhimento dos egressos de longa permanência (dois ou mais anos ininterruptos) é o Serviço de Residência Terapêutica (SRT), que se trata de casas comunitárias onde são garantidas, através da Portaria MS nº 3.090/11, a presença de cuidador e enfermeiro para conferir aos seus moradores o suporte que lhes for necessário. Entretanto, a representante da EAP ressalta em sua fala a quantidade, também, insuficiente para a demanda.

Mesmo a gente tendo essa resolução CIB que preconiza que cada Residência Terapêutica tenha pelo menos uma vaga destinada para os egressos do HCTP, a gente tem essa dificuldade porque a maioria dessas residências é na Região Metropolitana de Recife. Então nós temos pessoas que são do agreste, do sertão. No Sertão [...] temos uma em Serra Talhada, só masculina. No Agreste, temos poucas para dar conta da demanda. (EAP)

Em Pernambuco, a Resolução nº 5.305/20, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), aprovou que cada residência terapêutica deve garantir uma vaga para egressos do HCTP.

Existe uma Resolução CIB, que é a Comissão Intergestores Bipartite, que preconiza a destinação de uma vaga nos Serviços Residenciais Terapêuticos para egressos do CSP. Então, o que é que nós temos feito? Um esforço muito grande para sensibilizar gestores do cumprimento dessa resolução. Tem sido um trabalho articulado com a EAP, que é uma equipe multidisciplinar que trabalha justamente com pessoas que sofrem com transtornos mentais e que estão em conflito com a lei. (GASAM)

Ainda que os municípios pactuem a criação de vagas, “*como você tem na saúde mental o princípio da territorialidade, os municípios podem alegar que só vão reservar aquela vaga para os seus munícipes*” (MPPE 1), surgindo aí uma nova problemática. Ademais, agregam-se outras três questões: a morosidade com a qual são construídos novos

SRTs, a grande dificuldade de abertura de vagas nos serviços já existentes e a adesão dos municípios à RAPS.

[...] a abertura de serviços é algo que não ocorre em uma velocidade como a gente deseja. Por quê? [...] primeiro, é uma decisão política do município implantar um serviço de saúde mental, seja qual for. Depois, o que é que esse município tem que fazer? Tem que entrar no Sistema de Apoio à Implantação de Políticas de Saúde, que é o SAIPS, que é um sistema do Ministério da Saúde. O município quer se habilitar, ele encaminha um projeto de implantação do serviço, certo? E o Ministério da Saúde faz a avaliação mediante uma série de critérios, inclusive Projeto Terapêutico Institucional, planta baixa com a arquitetura do imóvel onde vai ser implantado o serviço, o quantitativo da equipe, o registro dessas equipes no CNES, que é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, por exemplo. Então, tem todo um processo que não é tão veloz, tão rápido, mas, de toda forma, a gente tem trabalhado na perspectiva de que novas residências terapêuticas sejam abertas. Existe uma residência terapêutica em Araçoiaba que está sendo inaugurada, que vai ser destinada para egressos do CSP. Falta muito pouco para essa residência ser inaugurada, mas eu não tenho agora como te dizer quando ela vai funcionar, porque essa inauguração é também algo que depende do município. Então, como o nosso trabalho depende muito do município, o que a gente tem feito como GASAM, como gerência técnica, é exatamente isso, é tensionar os municípios. (GASAM)

[...] é algo que o Estado tem que fazer junto com os municípios, porque essas redes são de responsabilidade dos municípios, CAPS, ambulatório, residência terapêutica, isso tudo é de responsabilidade dos municípios. O estado funciona nessa parte como um grande articulador, como um apoiador no sentido de ajudar na formação de equipes, na orientação de instalação desses equipamentos e na busca por recursos também junto à União, junto ao Ministério da Saúde, muitas vezes até se comprometendo em arcar com parte do custeio desses equipamentos ou da implantação da instalação desses equipamentos. Então é isso, primeiro um diálogo grande com os municípios pra um fortalecimento dessa Rede de Atenção Psicossocial. (MPPE 2)

Com relação ao financiamento dos serviços de residências terapêuticas, pontua-se que “o Ministério da Saúde repassa diretamente para o Fundo Municipal de Saúde: 20.000,00 para implantação e/ou implementação; 10.000,00 para custeio mensal de cada grupo de 8 moradores de RT tipo I e 20.000,00 para cada grupo de 10 moradores de RT tipo II” (Passos e Portugal, 2015, p. 97). Apesar do valor do repasse e do incentivo financeiro para implantação do serviço, as autoras apontam a insuficiência destes equipamentos no país frente a demanda existente. Na questão do recurso financeiro para manutenção da Residência Terapêutica incide outra questão:

Na 10.216, a lógica da Reforma Psiquiátrica foi que o dinheiro segue o paciente, então esse é um princípio que vem de Basaglia, de Franco Basaglia, da Itália [...], o dinheiro segue o paciente. Bom, a gente também usou isso na Reforma

Psiquiátrica. Todos os programas, tanto o Programa de Volta para Casa, como a Residência Terapêutica. A lógica é: fecha um leito, o dinheiro daquele leito, sei lá, vamos supor que na época fosse R\$ 4.000,00, esses R\$ 4.000,00, vai para pessoa “A”, e pessoa “A” quando for para a Residência Terapêutica vai levar os R\$ 4.000,00, não que vá para o bolso dela, mas aí dentro da residência serve para pagar aluguel, para comprar medicação, para pagar a energia que vai ser rateada. Então eu tinha dentro de uma Residência Terapêutica, se eu tinha 6 pessoas, eu tinha R\$ 24.000,00 que dava para tudo, e aí ótimo. O município pactuou abrir as residências terapêuticas porque praticamente o custo dele seria de alguns profissionais. No Manicômio Judiciário, eu não fecho um leito, ou não fechava pelo menos. Eu não fechava um leito, aquele leito daqui a pouco vai entrar outra pessoa, daqui a pouco entra outra pessoa, daqui a pouco entra outra pessoa, então eu não tenho dinheiro. Quando uma pessoa sai do Manicômio Judiciário, eu não tenho um dinheiro que o Estado deixou de gastar com ela, o que ela vai estar é de volta à sociedade. [...] Os programas da Reforma Psiquiátrica não são aplicados a quem sai de Manicômio Judiciário. Veja que nem a saúde mental, nem a reforma psiquiátrica conseguiu alcançar os Manicômios Judiciais de tão invisíveis e esquecidos que eles são, não houve uma solução. (MPPE 1)

O grande desafio é fazer os municípios inserirem a discussão da saúde em mental em suas agendas de governo sem a previsão de recurso novo. E é neste ponto que o Estado e o Ministério Público têm a responsabilidade de cobrar aos municípios a prestação da assistência para as pessoas com transtorno mental a partir da expansão dos seus serviços.

No âmago da política local é que devem ser buscadas as alternativas para a efetivação da política antimanicomial, cabendo ao Estado, como indutor de políticas, tensionar os municípios para tal. Toda ação é política, assim como a omissão. O exercício do poder político na decisão sobre o destino e a vida das pessoas em aprisionamento, demonstra o que foi definido por Foucault como biopoder. Já afirmava o autor que “essa relação de autoridade baseia-se em certo poder, que é político em sua trama profunda” (Foucault, 2015, p. 6).

Atualmente, Pernambuco conta com 106 SRTs para atenderem 185 municípios (TJPE, 2023), contudo, refletindo que, a depender da tipologia, a residência acolhe no máximo 8 pessoas (Tipo I) ou no máximo 10 (Tipo II) somada à dificuldade de expansão destes serviços, compreende-se o porquê de, conforme apontado pela SEAP e pela EAP, ainda haver no CSP pessoas que mesmo com o laudo de cessação de periculosidade, continuam internadas aguardando a criação de vagas, esbarrando em outra problemática, o compromisso político dos municípios com a saúde mental:

Os municípios, na maioria das vezes, dizem que não tem vaga nas residências terapêuticas e isso é um dado de realidade, porque é preciso entender que o Serviço Residencial Terapêutico não é um serviço de saúde, onde surgem vagas a qualquer dia, a qualquer horário. O Serviço Residencial Terapêutico é uma residência, como uma residência de qualquer pessoa. Então, não se sai de uma residência, só surgem vagas em residências terapêuticas, por falecimento. Não surgem vagas em

residências terapêuticas porque a pessoa melhorou e vai voltar para casa. Aquela é a casa dele, daquela pessoa. Então, a grande dificuldade é abrir novas residências terapêuticas ou a resistência. [...] O trabalho tem sido desafiador, exatamente porque o enfrentamento que a gente faz é essa resistência dos municípios. Seja por questões concretas, de não ter vagas, porque as residências estão com sua capacidade instalada ocupadas. Seja porque ainda há receio de que haja uma reincidência dessa pessoa. (GASAM)

As residências terapêuticas não são um estacionamento para ter vagas, ali estão pessoas, e é preciso garantir qualidade de vida a essas pessoas. (SEAP)

O processo de desinstitucionalização perpassa a ampliação da rede de saúde e da oferta de serviços residenciais, mas também precisa enxergar as especificidades advindas do transtorno mental e da capacidade de adaptação de cada indivíduo a uma nova realidade. A SEAP, por exemplo, relatou que antes da saída total do interno, a equipe realiza visitas junto com a pessoa à residência terapêutica, gerando momentos de aproximações com a nova morada, para que o impacto da mudança seja menor e não afete seu bem-estar. A representante do Ministério Público também mencionou a necessidade de adaptação da pessoa à residência

[...] há todo esse cuidado de ver os laços, os laços que unem aquela pessoa que está internada, seja no hospital de Custódia ou seja em um hospital psiquiátrico, com o local para onde ela vai ou a residência terapêutica, porque também tinha muito disso assim, as vezes a residência com determinadas pessoas o paciente que estava sendo transferido se dava muito bem tinha caso da residência, ou porque o lugar é diferente, ou porque tinha alguém assim com quem ele não tinha tanta intimidade, que não dava certo, houve casos, isso aconteceu, a gente pegou 2 casos e a sorte é que 2 pessoas assim não se deram bem onde estavam inicialmente, houve a troca e ela se ajustaram. Os serviços têm que ter em mente essas especificidades da pessoa que tem qualquer doença ou transtorno mental, que há necessidade não é só agora uma decisão meramente burocrática, a que se levar em consideração as informações das equipes multiprofissionais para que se o Ministério público faça uma manifestação e o judiciário dê uma decisão de para que local aquela pessoa deve ser encaminhada. (MPPE 2)

A constituição de uma rede de saúde mental qualificada apresenta-se, hoje, como um foco de atenção do judiciário, que precisa, indubitavelmente, encaminhar para a RAPS aqueles que estão em sofrimento mental e entraram em conflito com a lei.

[...] eu acho que o grande “X” da questão é fazer com que realmente o Sistema de Saúde receba essa pessoa. Ele não seja encaminhado para um estabelecimento análogo a um presídio, mas que ele possa estar numa unidade de saúde dessa acautelado. Se ele vai ficar na unidade de saúde, há a necessidade de que o Sistema de Saúde, o executivo e não mais o judiciário, garanta que ele não vai sair de lá e não vai cometer outras infrações. Ele pode inclusive atentar contra a vida dos próprios profissionais de saúde que estão lá, então é preciso primeiro ter muita consciência de que o caminho não é colocar ele dentro de uma instituição análoga a um presídio, não é, o caminho não é esse. (TJPE)

O que o juiz precisa e o que ele quer, não é encaminhar para esse ou aquele lugar, é ter para onde mandar. Para o juiz, pouco importa, na verdade, se o lugar é antimanicomial, se é manicomial, para ele, isso não é o que está na preocupação dele. Pelo menos, na maioria dos casos. É claro que tem juizes que são solidários à luta antimanicomial. Mas, o que, de fato, eles precisam é encaminhar para algum lugar. E eu compreendo isso. Compreendo. E por isso que nós fazemos um esforço tão grande para fortalecer a Rede. (GASAM)

[...] os relatos são sempre muito positivos, assim, nunca tomei conhecimento aqui em Recife de um problema, “Ah, não houve um novo episódio de agressão?” Não. Mas também com todos os cuidados que as equipes tomavam, porque tem pessoas que por conta da doença mental elas agredem sexualmente pessoas da própria família, então havia todo um cuidado para não colocar essa pessoa numa família, na própria família se tivesse crianças, se tivesse mulher, se fosse uma mulher mais vulnerável, uma pessoa mais idosa, então há todo esse cuidado. Normalmente nos casos que eu acompanhei de desinstitucionalização, também dos hospitais aqui de Recife para as famílias ou para a residências terapêuticas, há todo esse cuidado. (MPPE 2)

Reconhece-se que a lógica asilar é obsoleta, não há mais justificativas que subsidiem a sua manutenção. Contudo, o processo de desinstitucionalização deve ser elaborado com prudência e responsabilidade, compreendendo os determinantes sociais e de saúde que recaem sobre os indivíduos e o dever do Poder Público de prover as medidas necessárias para o seu cuidado.

Somado às fragilidades da Rede de Saúde, agrega-se o medo da reiteração impulsionado pelo preconceito e estigmatização do qual este grupo é vítima, acarretando, assim, na não priorização da pauta de saúde mental na agenda de governo de muitos municípios. Nestes casos, reforça-se a importância do tensionamento realizado pelo Estado e pelos órgãos do Sistema de Justiça para a implementação dos serviços da RAPS. Ademais, o medo da reiteração está atrelado à noção de perigo que envolve a pessoa com transtorno mental.

No campo da saúde mental, especialmente no tocante à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, a construção sócio-histórica da persona perigosa induziu a criação de políticas públicas de repressão e coerção, legalmente legitimadas e institucionalizadas no manicômio. As ideias de Pinel e de Lombroso conferiram a retaguarda científica necessária para embasar a decisão política de excluir do meio social aquele que foge à normalidade, o dito “anormal”, caracterizando-o como um ser sem razão, com a moral distorcida, e, naturalmente, um criminoso nato (Foucault, 2010).

Por vezes, o medo da reincidência e da ocorrência de novas infrações reflete como “a loucura torna-se mais uma questão de ordem pública do que propriamente de medicina”

(Mattos, 2006, p. 58). Apesar da comprovação da falácia da exclusão social como tratamento para pessoas com transtorno mental, e da desassociação de loucura e crime como um só, compreendendo que um não é naturalmente pressuposto do outro, e do perigo de se usar a ciência como arma de controle social, como o fizeram os higienistas eugenistas do Brasil do século XIX (Costa, 1980). A visão do louco enquanto um “perigo social” ainda assombra o imaginário social e afeta a tomada de decisão, mesmo daqueles considerados os mais instruídos e justos da sociedade. A respeito da periculosidade foi referido que:

Nós conseguimos, como sociedade, muitos avanços na luta antimanicomial. Mas tem um manicômio que a gente tem muita dificuldade de superar, que é o manicômio mental. Esses manicômios, eles dão muito mais trabalho do que os manicômios físicos. O CSP está sendo fechado. É um processo que pode levar alguns anos, mas ele vai ser fechado. Os manicômios mentais, por outro lado, a gente não tem garantia de que vai fechá-los. Então, a meu ver, esse mito da periculosidade, essa postura punitivista da sociedade são entraves muito grandes que a gente continua nadando contra a corrente, porque quem é de luta não cansa. (GASAM)

A gente enquanto sociedade foi acostumada a não ter contato com as pessoas que tinham qualquer transtorno, porque elas estavam todas segregadas nos hospitais, aqui em Recife a gente tinha vários. (MPPE 2)

Afinal, como já nomeou Foucault (2015), essa “sociedade punitiva”, embasada no controle social das diferenças, viu no “doente mental”, a loucura que lhes assustava, e o perigo que precisava ser detido. De forma contra-hegemônica, o movimento social de Luta Antimanicomial foi significativo para a mudança do tratamento destinados à essas pessoas, influenciou, inclusive, na pressão política que resultou na elaboração da Lei nº 10.216/01, na Portaria MS nº 3.088/11, e mais recentemente com a Resolução CNJ nº 487/23.

Contudo a construção do ideário popular e a mudança do senso comum sobre os indivíduos com transtorno mental é um processo mais lento e penoso.

Eu falei das resistências, que elas são, inclusive, culturais. Quando se pensa que o louco ele é perigoso, e se é um louco que infringiu a lei em algum momento, ele é mais perigoso ainda. E por conta dessa percepção equivocada, as instituições, o Judiciário não é diferente, tem também esse olhar. (GASAM)

Então aí você vai perguntar assim: “bom, isso tem aspectos polêmicos, porque se é uma pessoa que está em sofrimento mental, padece, por exemplo, de esquizofrenia grave e é perigosa, é uma pessoa que está de repente na faixa de 40 a 50 anos morando com pais idosos, de 60 a 70 [anos], e que de repente essa pessoa pode entrar no surto esfaquear e matar o pai, a mãe”. O discurso do pessoal da saúde é muito comum de dizer: “não, olhe, a maioria das pessoas que lá estavam [CSP] não representam perigo, são pessoas que não vão, digamos assim, atentar contra a vida

de parente, de terceiro e tal, pessoas que podem fazer tranquilamente um tratamento ambulatorial sem precisar estar internado”; doutra banda tem aquelas pessoas que realmente, e não é por desvio de caráter, de maldade, nem nada disso, é por sofrimento mental, sofrimento mental que se ficarem soltas elas vão continuar a delinquir. Recentemente tivemos um exemplo de um sobrinho-neto que matou uma tia-avó a facadas, e ele é uma pessoa que tem sofrimento mental, ele padece de sofrimento mental e nitidamente não poderia ficar no seio social. (TJPE)

[...] Por exemplo, recentemente nós tivemos uma situação de um paciente que ele não foi preso, mas ele matou uma tia, foi uma situação midiática, saiu nas mídias, [...] foi antes do fechamento da porta de entrada do HCTP, ele poderia ter chegado ao HCTP, mas a gente conseguiu cuidar dessa pessoa sem que ele fosse ao HCTP, dando a ele a diretriz correta de um cuidado. Então é possível fazer isso e aí quando a gente vai entrar na história do sujeito, o sujeito ele vinha num adoecimento há meses e não tinha acessado o cuidado com a saúde até ele praticar um ato grave, mas uma vez cuidado ele está super bem, super aderindo ao tratamento, com todo o apoio da família, porque aí nesse momento a família pôde ser trabalhada de que ali foi o adoecimento dele, a gente pôde resgatar quem era aquele sujeito antes do adoecer e aquele sujeito que chegou a cometer aquela situação extrema. Então a gente não permitiu que esse laço familiar ele fosse rompido, e muito pelo contrário, a gente possibilitou que essa família se engajasse e se implicasse nesse cuidado e aí eu acho que isso é proporcionar um cuidado em liberdade adequado, pensando nesse cuidado, acompanhando esse cuidado. Então é possível. É desafiador? É, mas é possível! (EAP)

Percebe-se, por vezes, algumas assimetrias no que se refere à defesa do cuidado em liberdade. Acerca do exemplo apresentado pelo TJPE, não se pretende, de maneira alguma, ignorar toda a sua experiência e trajetória profissional, contudo é preciso levantar questões como, por exemplo: Qual o contexto sociofamiliar deste indivíduo? Ele estava sob acompanhamento psicossocial? Ele estava corretamente medicado? Este núcleo familiar possuía alguma rede de apoio? Esta família estava em vulnerabilidade social? Esta família estava inserida em algum Programa social? Este indivíduo tinha momentos de lazer, de socialização com outras pessoas, ou era mantido apenas isolado em casa? Como era o convívio dele com os parentes, era afetiva ou era adoecedora? O indivíduo estava em surto? Se sim, é possível identificar o gatilho que ativou esta crise, para assim poder tratá-la?

Não são questões simples, tampouco de fácil resolução. Há no imaginário social a imagem da pessoa com transtorno mental como aquela diagnosticada com psicopatia e que seria capaz de cometer as maiores atrocidades sem nenhuma razão aparente, e que é por esta categoria que está cheio o hospital psiquiátrico. Entretanto, quando analisados os números reais, vê-se que isto é fruto de uma estigmatização histórica. No censo realizado em 2011, Débora Diniz identificou os seguintes diagnósticos (Tabela 10):

Tabela 10: Diagnóstico da população em MS sem conversão de pena por sexo dos ECTPs

Diagnóstico	População em MS		População masculina em MS		População feminina em MS	
Indivíduos sem conversão de pena						
Epilepsia	97	3%	86	3%	10	5%
Esquizofrenia	1.194	42%	1.111	42%	81	38%
Retardo mental	454	16%	424	16%	28	13%
Transtornos afetivos uni ou bipolares	95	3%	81	3%	14	6%
Transtornos de personalidade	144	5%	126	5%	18	8%
Transtornos da preferência sexual	37	1%	37	1%	0	-
Transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas	309	11%	277	11%	31	14%
Transtornos mentais orgânicos	51	2%	50	2%	0	-
Outros	7	0,2%	6	0,2%	1	0,5%
Sem informação	451	16%	418	16%	33	15%
Total	2.839	100%	2.616	100%	216	100%

Fonte: (DINIZ, 2011)

Em parecer acerca das medidas de segurança o MPF (2011), com base no DSM-V, atribui que psicopatia ou sociopatia estão enquadrados nas categorias de Transtornos da Conduta e Transtorno da Personalidade Antissocial. Isto posto, da relação identificada por Diniz, aqueles que se enquadrariam como possíveis psicopatas seriam aqueles com diagnóstico de Transtornos de personalidade (5%, 144 indivíduos) de um universo de 2.839. Dos crimes praticados por indivíduos com Transtorno de personalidade se sobressaem os crimes contra a vida (38%), crimes contra o patrimônio (29%) e crimes contra a dignidade sexual (14%).

Com o fim dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e a priorização do tratamento em meioraberto, qual será o destino dado a esses indivíduos? Essa é uma das grandes questões que envolvem o processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Segundo Oliveira e Mamede, responsáveis pelo tópico sobre psicopatia do parecer do MPF, no que tange a essas pessoas “o que a experiência mostra é que quando os transtornos não são acompanhados de alterações psicóticas e, portanto, há consciência do que se pratica, esses indivíduos não deveriam receber Medida de Segurança, pois podem ser considerados imputáveis” (MPF, 2011).

Sob essa perspectiva defende-se aqui que para tais pessoas que, tendo ciência de suas ações, sendo esse um dos pressupostos da culpabilidade, que sejam responsabilizados por seus atos e sobre eles incidam pena e não Medida de Segurança. Sendo assim, ao responderem uma pena, caberia ao poder legislativo, em consonância com as diretrizes do CNJ, estabelecer penas condizentes com as especificidades de casos dessa natureza (diagnóstico), observando a constituição nacional e as leis infraconstitucionais.

Sendo assim, a existência de tais casos não deve ser utilizada como justificativa para manutenção da internação geral de toda e qualquer pessoa que tenha transtorno mental e

servir de obstáculo para o fechamento do HCTP, até porque, “lá no HCTP, em termos de diagnóstico, a maioria são pessoas têm um grau de esquizofrenia, tem retardo mental, tem uso de substâncias” (EAP).

Nos demais casos, se no HCTP o indivíduo é mantido sob constante vigilância policial, em liberdade, o sistema público, e aqui referindo-se à justiça e à saúde conjuntamente, devem garantir que o sujeito e sua família recebam todo e qualquer cuidado necessário.

Veja, a minha preocupação toda é essa. Primeiro, a sociedade ter a certeza de que esta pessoa, que hoje não é mais encaminhada para um hospital psiquiátrico porque não pode, que a sociedade tenha a certeza de que se o indivíduo foi encaminhado pelo Poder Judiciário ao sistema de saúde, ele receberá o tratamento adequado, mas com todas as cautelas legais. Porque não adianta eu simplesmente dizer “eu não vou prender, vou colocar ele no leito” e na primeira distração essa pessoa correr, fugir, pegar uma faca, está em sofrimento mental, matar outro, e dizer assim “não, vamos fazer um tratamento aqui com ele de um, dois, três meses.” E depois, como é que fica? Como é que está o suporte? Essa pessoa vai ser acompanhada? Então a preocupação, posso dizer que de 100%, é até difícil falar pelos juizes, mas a preocupação generalizada é essa. É de você saber que essa pessoa ela não vai ficar detida, ela vai receber um tratamento terapêutico, mas ela não vai pôr em risco a integridade, a saúde física e mental de terceiros, essa é a preocupação. Tem que tratar sempre o indivíduo, ele é um sujeito de direito, precisa de dignidade, mas é preciso pensar também na garantia de vida e de integridade física do meio social, essa é a preocupação. (TJPE)

Eu escuto comentários de profissionais que dizem: “Mas e se essa pessoa, novamente, cometer um crime?” E convenhamos, isso é possível, sim. E é possível que aconteça tudo e é possível que aconteça nada. Então, assim, manter num presídio, manter privado de liberdade, manter num ambiente de violação de direito, não garante. Não é justo. Não garante que a pessoa vai se manter estável e que nunca mais. E se a gente for pensar, estatisticamente, o percentual de pessoas com transtorno mental e em conflito com a lei, que cometeram crimes como homicídios, é muito pequeno. A maioria das pessoas que está privada de liberdade, que tiveram algum conflito com a lei e que são doentes mentais, que têm transtornos mentais, a grande maioria cometeu pequenos delitos. Então, está presa injustamente por conta desse mito da periculosidade, que ainda é tão forte. (GASAM)

Não há desinstitucionalização sem uma rede de saúde qualificada para o acolhimento destes sujeitos. Um pressuposto essencial do SUS é que todos têm direito a saúde, e não é possível garanti-la sem a oferta de serviços de forma equitativa no território, respeitando as necessidades específicas de cada região. Quando este debate é levado ao interior do Estado, a discussão se aprofunda devido à configuração da Rede de Saúde local.

[...] há de se ter muito cuidado porque o que acontece sobretudo nas comarcas pequenas, nas cidades pequenas do interior, é o seguinte: há um déficit de

profissionais de saúde, de estrutura mesmo do sistema de saúde, e a gente recebe muito isso, essas comunicações, colegas do interior dizendo: “O cara está em surto aqui, tirou a roupa, está correndo nu na cidade com a faca, para onde é que eu mando? “O cara acabou de matar o filho, acabou de matar o pai, acabou de matar, o que é que eu faço?” Então, se de um lado não é para colocar, porque não é uma pessoa que tem uma imputabilidade, ele é inimputável ele não entende o caráter ilícito de suas ações por conta de uma doença, a gente não pode colocar, portanto, ele num presídio, doutra banda a gente tem que ter é a segurança de que essa pessoa ela vai realmente receber os devidos cuidados, porque senão a próxima vítima pode estar na esquina. É mais ou menos nessa linha, mas hoje a ideia é isso. (TJPE)

Sobre a desinstitucionalização dos internos do CSP, duas vertentes distintas se impõem. A primeira representa a preocupação do judiciário acerca da segurança pública e o direito dos cidadãos, tanto do agente do crime que tem o direito a um tratamento digno, assim como à segurança da população, devendo tomar os meios necessários para que aquela pessoa não volte a machucar outros. Por outro lado, a saúde ocupa-se da garantia da integralidade do cuidado voltado à pessoa que está em adoecimento mental.

Na articulação entre sistemas tão distintos como a justiça e a saúde é que se evidenciam suas diferenças ou similaridades ideológicas e técnicas. Assim como, é na dedicação em prezar pela dignidade humana que ambos confluem em um único objetivo. São estas semelhanças e disparidades que os discursos próprios de cada saber técnico de ambas as esferas são evidenciados. É interessante notar que, apesar destas especificidades inerentes a cada esfera, há em ambos, saúde e justiça, momentos de troca, em que as assimetrias diminuem e é possível visualizar empatia entre os sistemas.

Eles [juízes] se preocupam, e acho que é uma preocupação que é válida sim, se preocupam para onde vão encaminhar. Porque se a gente for pensar direitinho, o judiciário, o lugar do juiz, é um lugar muito solitário. Ele tem que decidir alguma coisa naquele momento e, muitas vezes, aquela decisão dele vai implicar em repercussões na vida de uma coletividade, de um indivíduo e de uma coletividade. Então, qual é a grande preocupação dos juízes? É o que vai fazer com essa pessoa que tem um transtorno mental, que entrou em conflito com a lei e o receio do juiz, muitas vezes, é que ele repita aquele ato infracional e venha prejudicar uma coletividade. E aí, foi o juiz que, digamos assim, liberou, grosseiramente falando. Então, muitas vezes, a dificuldade dos juízes é o que fazer, para onde mandar. E aí, o nosso desafio, como gerência técnica, é garantir que a rede esteja apta, tenha suporte da rede para receber essas pessoas que o juiz vai encaminhar. (GASAM)

[...] quando a gente discute a gente aprende, tanto eu aprendo com eles [juízes] do ponto de vista da parte jurídica do que os inquieta, e eu entendo a inquietação deles como eles também entendem a minha inquietação enquanto profissional de saúde que quer garantir um cuidado adequado àquela pessoa que tem um transtorno mental. Então existem ainda algumas situações de atravessamentos que não são os melhores encaminhamentos, mas a gente já vê também respostas de determinados juízes que já fazem o dever de casa bem bonitinho, melhor até do que a gente poderia imaginar que fosse feito. Então a gente encontra uma equipe que possa ser

resistente, mas aí a gente se aproxima, conversa, traz para uma conversa aqui com o judiciário [...]. Antes de punir, eu preciso cuidar dessas pessoas. (EAP)

A aproximação, a conversa, o debate é o que tem mudado o posicionamento do judiciário, e aos poucos, se construído uma nova cultura baseada na Política Antimanicomial. Não é possível fazer desinstitucionalização de forma unilateral, sem pactuações. “É certo que não há governabilidade direta do gestor do SUS no que se refere ao fechamento do HCTP ou mesmo em relação ao redirecionamento das medidas de segurança para o cuidado na RAPS” (Desinstitute, 2023, p. 66).

Portanto, dois fatos destacam-se: o HCTP não é uma unidade de saúde, sendo assim, foi necessário um posicionamento do TJPE para o encerramento da porta de entrada do HCTP; e, cabe ao juiz decidir sobre a Medida de Segurança, incidindo sobre o Sistema de Justiça grande poder no destino dado às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, como já fora amplamente discutido embasado nos escritos de Foucault.

Contudo, na medida em que cabe ao judiciário o papel ativo de encerramento da unidade e a decisão pelo cuidado em liberdade, cabe ao Sistema de Saúde garantir os meios necessários para a efetivação do cuidado, e da Assistência Social para a efetivação dos direitos sociais. Seria errôneo afirmar que o processo de desinstitucionalização recai sobre um único ente, quando a realidade aponta a multiplicidade de questões que envolvem o processo desinstitucionalizante.

Com a saída dos sujeitos do CSP, seja para residência terapêutica, seja para o seio familiar, ou para outro lugar, o indivíduo será acompanhado na RAPS. Muito se falou até aqui em cuidado em liberdade, na concepção de Rotelli (2008, p. 41) “a liberdade só é terapêutica se não significa deixar as pessoas sós. A liberdade é um fato coletivo. É preciso que estejamos juntos para sermos livres. Ninguém pode ser livre sozinho, ninguém pode ser livre se não tem uma concepção comum com os demais”. Na comunidade, o indivíduo deverá ser acompanhado pelo CAPS do seu território, e cabe à EAP a articulação com o território para o acolhimento deste indivíduo.

O paciente ele sai do CSP com um encaminhamento e uma articulação com o território, se não presencial, mas é feito um repasse para coordenação do CAPS sobre o paciente que está saindo do CSP e ele leva um encaminhamento para aquele serviço, com o histórico, com a medicação em uso, com o diagnóstico. Pessoas que têm mais de dois anos de institucionalização tem direito ao Programa de volta para casa, então a gente orienta esse município quanto a essa possibilidade de renda para esse usuário. Então todos eles saem do CSP articulados com a Rede. E as situações mais complexas, mais emblemáticas, a equipe vai ao território ou o

território é provocado a ir ao CSP para a gente estar discutindo as dificuldades e as particularidades daquele sujeito, para que ao retornar ele possa ter sucesso nessa desinstitucionalização e nessa reinserção de cuidado territorial. (EAP)

A articulação com o território é essencial para a efetivação do cuidado. Neste processo de articulação com o território, todas as informações sobre o indivíduo são repassadas na perspectiva de continuidade do cuidado que foi iniciado pela equipe de saúde prisional. Mesmo após a desospitalização, é papel da EAP acompanhar os egressos.

a gente entra em contato com o serviço para saber se chegou, se não chegou a gente entra em contato com a família, “porque não chegou?” Se a gente não consegue esse contato, a gente pede busca ativa no território. E chegou, “Tá ok”, a gente pede periodicamente relatórios de como está esse cuidado, porque a gente precisa informar o judiciário como está a adesão desse sujeito dentro do território. Se esse paciente não está bem, não tem aderido bem, a gente faz reuniões, vai ao território, faz reuniões com a equipe, com o paciente, com a família, fazendo repactuações desse cuidado e passa a acompanhar de uma forma mais de perto nessa interlocução com o dispositivo de como está esse cuidado. Porque a gente pede relatório a cada seis meses, a cada ano, a gente faz o relatório circunstanciado para o judiciário. (EAP)

Diferente do senso comum, a liberdade defendida pela Luta Antimanicomial não é sinônimo de abandono. Os relatórios enviados periodicamente aos juízes subsidiarão a manutenção ou extinção da Medida de Segurança, “*estando extinta a medida, ele sai do nosso monitoramento, mas continua no cuidado da Rede*” (EAP). Para que ocorra essa desvinculação da equipe da EAP ao caso, é preciso que a equipe do CAPS já tenha autonomia no cuidado e a definição de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que dê seguimento a esse cuidado. Destarte, é preciso compreender que não se pretende uma institucionalização do sujeito no CAPS, esta não é a proposta da RAPS.

[...] a RAPS é uma rede, ele não vai ficar num dispositivo ad aeternum, ele vai ficar o tempo necessário para a estabilização do quadro clínico dele, para estabilização desse desenvolvimento da Saúde mental dele. Então no CAPS, ele também não vai ficar anos no CAPS, ele vai ficar um período no CAPS. (EAP)

A equipe de saúde mental do CAPS deve estimular que o usuário protagonize o seu cuidado em saúde, tornando-o agente ativo em seu tratamento e reabilitação, numa medida de coresponsabilização do tratamento (Sarzana, et. al, 2021). A produção de autonomia confere

ao usuário independência e coparticipação sobre seu tratamento. Quando o usuário atinge este marco ele está apto para ser acompanhado apenas na Atenção Primária em Saúde (APS). Entretanto, existem dificuldades nesta etapa, como foi destacado por Zgiet (2021, p. 229):

Ao analisar essa questão, damos-nos conta de que uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos CAPS na relação estabelecida com os usuários é determinar a alta. Isso pode ocorrer por haver uma rede de serviços enfraquecida, incapaz de dar continuidade ao cuidado, ainda que isso signifique para a equipe a troca periódica de receitas médicas. Também pode se dar pelo vínculo e a constituição de uma relação de dependência dos usuários com os profissionais ou com as atividades. É possível, ainda, que os profissionais não consigam promover a autonomia suficiente para ver a pessoa atendida saindo pela porta para seguir um caminho desconhecido a passos trôpegos. A indisponibilidade de psicoterapia no território também contribui para a longa permanência da pessoa no CAPS. (Zgiet, 2021, p. 229)

A responsabilidade de ordenadora da Rede de Saúde e coordenadora do cuidado é da Atenção Primária em Saúde, a ela é requerida o cuidado longitudinal, ao longo de todo o ciclo de vida do usuário (Lima, 2019). No âmbito da saúde mental, Zgiet (2021) sugere como estratégia o matriciamento da APS junto aos CAPS a fim de elaborar práticas de cuidado que possam ser mantidas mesmo após a alta do usuário do CAPS. Neste cenário, a equipe eMulti⁴⁹, formada por profissionais de várias especialidades, é um recurso de alto valor.

É fundamental reiterar que, como cidadão de direito, a inclusão plena da pessoa com transtorno mental na sociedade exige que ela tenha acesso aos mesmos direitos que qualquer outro brasileiro, incluindo neste escopo, por exemplo, o acesso ao esporte, lazer, cultura, educação e trabalho, para que possam se desenvolver em sua totalidade. Logo:

Essas pessoas elas precisam ter os seus direitos de cidadania garantidos, então eles precisam de moradia, eles precisam acessar trabalho, eles precisam acessar educação, eles precisam acessar cultura, eles precisam acessar esporte, eles precisam viver a sociedade e viver o que uma sociedade saudável possa proporcionar a eles. (EAP)

Em suma, nesta articulação entre Justiça, Saúde e Assistência Social utiliza-se da interdisciplinaridade epistemológica da concepção do transtorno mental e dos determinantes de saúde/doença, assim como o conhecimento da rede de serviços substitutivos ao hospital

⁴⁹ São equipes multiprofissionais que atuam de forma complementar às equipes de Saúde na Atenção Primária. Podendo ser composta por psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista e mais. (Brasil, 2023)

psiquiátrico, alinhando-se à Política Antimanicomial. Se por um lado, cabe ao Judiciário decidir sobre o que fazer com o agente do crime, o Estado deve visualizá-lo como um cidadão de direitos que requer cuidado em saúde mental. Assim, cabe ao Estado qualificar e ampliar a sua rede para acolher todo e qualquer cidadão que dela necessitar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Luta Antimanicomial é antes de tudo uma luta contra-hegemônica. Ela afronta o poder psiquiátrico e jurídico que por anos controlou as pessoas que fugiam à regra social, seja por comportamentos desviantes, classificando-os como doentes mentais, seja alçando-os ao papel de criminosos. Nesta interface entre saúde mental e crime, é onde ambos os poderes se unem para decidir o destino da vida, ou do processo de mortificação, destes indivíduos.

Esse movimento de Luta Antimanicomial emergiu em fins do século XX e continua crescendo a cada dia com o propósito de questionar este centro de poder e produzir novos conhecimentos e formas de cuidado, assim como novas leis que tragam consigo a dignidade humana e a liberdade como pontos centrais. Ainda que várias resoluções tenham sido publicadas nas últimas décadas, foi apenas em 2023 que o CNJ, por fim, promoveu a tão esperada Resolução nº 487/23 que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e definiu o fechamento dos HCTPs no Brasil, depois de 22 anos da Política de Saúde Mental, com a Lei nº 10.216/01.

Uma coisa foi comprovada neste estudo, o HCTP nunca foi, não é e nunca será um hospital, um lugar de tratamento e cuidado. Ele é, sempre foi e muito em breve deixará de ser uma prisão. No Brasil, a construção de uma legislação para saúde mental foi influenciada pela produção científica de cada época, desde os eugenistas no final do século XIX e início do século XX, até a contribuição do movimento antimanicomial que hoje mobiliza novas leis e normativas a fim de garantir a efetivação do direito à saúde.

Os resultados da pesquisa revelaram que ambos os sistemas do Estado vêm promovendo estratégias de desinstitucionalização. Entre elas, destaca-se a constituição de um Comitê Interinstitucional para o monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. A partir da criação desse Comitê e alinhado às diretrizes do CNJ, foi lançado, em 2023, o Programa Integrado de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Estado de Pernambuco (PAT-PE), com a definição dos fluxos processuais e da Rede de Serviços Substitutivos, a fim de guiar os magistrados sobre as possibilidades de cuidado de base territorial para essas pessoas. No ano de 2024, a 1ª Vara de Execuções Penais do Estado publicou a Portaria 001/2024 decretando o fechamento da porta de entrada do HCTP e a desinstitucionalização de todos internos.

Apesar da promulgação desses importantes marcos regulatórios, o processo de desinstitucionalização vem enfrentando dificuldades mediante a morosidade dos processos judiciais; o desconhecimento dos serviços da rede substitutiva pelos representantes do Judiciário; e, sobretudo, a insuficiência da capacidade instalada da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para acolher as demandas desses egressos, considerando-se a condição recorrente de rompimento dos laços familiares para o retorno ao lar e a insuficiência dos Serviços de Residência Terapêutica.

Representantes de ambos os sistemas ressaltaram em suas falas que o HCTP é uma unidade prisional, e como tal incapaz de ofertar cuidado em saúde, constituindo-se, inclusive, em fator de adoecimento, pela cronificação dos transtornos mentais devido ao isolamento. Frente aos resultados observados, compreende-se que o processo de desinstitucionalização depende da ampliação e qualificação da RAPS, considerando o contexto de subfinanciamento e desmonte das políticas de saúde.

É um processo delicado e que exige a participação efetiva de uma série de atores, tendo como atores-chaves os municípios na construção da Rede de Atenção Psicossocial. Apesar de haverem resistências internas, é possível vislumbrar um alinhamento entre o Sistema de Saúde e de Justiça em prol da desinstitucionalização, a partir das atribuições e competências de cada um. Assim, o Estado de Pernambuco tem efetivado a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, ainda que com grandes desafios pela frente.

A partir de tudo o que foi apresentado, apreende-se como os principais desafios e necessidades de agora em diante: a criação de uma nova cultura e uma nova mentalidade sobre a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, na busca pela superação de velhos estigmas e preconceitos; fortalecimento do diálogo interinstitucional entre Saúde e Justiça e sua ampliação para o interior do Estado; ampliação e requalificação da Rede de Serviços Substitutivos ao Manicômio.

Por fim, ressalta-se que a saúde mental se faz em rede. Este não deve ser um jargão apenas referente à construção de equipamentos de assistência, afinal a complexidade da saúde mental ultrapassa a Raps. Reafirmo: A saúde mental se faz em rede. Na rede de saberes transdisciplinares construídas de forma coletiva; na compreensão dos diferentes papéis exercidos na efetivação do direito à saúde, desde aqueles que se encarregam diretamente do cuidado no território até aqueles que serão os responsáveis por decidir pelo tratamento em liberdade ou em aprisionamento; na interlocução entre diferentes profissionais em diferentes

níveis de atenção; na construção intersetorial (Saúde-Justiça-Assistência Social) de um cuidado integral; no emaranhado da rede política que constrói e legaliza a dignidade humana; nos movimentos sociais e no controle social que dentro de seu micropoder tensionam a macropolítica; na academia que deve se responsabilizar pela produção de conhecimento que busca a liberdade e a emancipação humana, no desenvolvimento de todo o seu potencial e na vigilância para não ser utilizada de base para alicerçar o preconceito e a estigmatização. A saúde mental se faz em rede, e somos todos um pequeno ponto deste tecido ainda em construção.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. B. Inimputabilidade penal por anormalidade mental. *In*: MEDEIROS, C. C. S. (org.). **Saúde Mental e o Direito: ensaios em homenagem ao professor Heitor Carrilho**. São Paulo: Método, 2004, p. 31-37.
- AMARANTE, P. A ameaça “técnica” da indústria da loucura. N 198. **Radis**, 2019.
- AMARANTE, P. Manicômios Judiciários: o fim (de parte) do inferno. **Radis**, 2023.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, 2067-2074, 2018.
- ARAÚJO, A. N. Da medida de segurança. *In*: MEDEIROS, C. C. S. (org.). **Saúde Mental e o Direito: ensaios em homenagem ao professor Heitor Carrilho**. São Paulo: Método, 2004, p. 23-30.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca, 2019.
- BASAGLIA, F. O. Saúde/Doença. *In*: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (orgs.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008. p. 17-36.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4º ed. São Paulo: Editora Ática, 2001.
- BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):575-586, 2012.
- BOSI, M. L. M. Paradigmas, tradições e terminologias: demarcações necessárias. *In*: BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D. (orgs.). **Tópicos Avançados em Pesquisa Qualitativa: fundamentos teórico-metodológicos**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, p. 106-144, 2021.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf Acesso em: 09 jan 2023.
- BRASIL. **Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890**. Código Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm Acesso em: 07 mai 2023.
- BRASIL. **Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903**. Reorganiza a Assistência a Alienados. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/d1132.php> Acesso em: 10 mai 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm Acesso em: 01 jun 2023.

BRASIL. **Lei nº 8. 742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm Acesso em: 27 jul. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm Acesso em: 10jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.403, de 4 de maio de 2011.** Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, relativos à prisão processual, fiança, liberdade provisória, demais medidas cautelares, e dá outras providências. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112403.htm Acesso em: 27 jul. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html Acesso em: 09 fev. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf Acesso em: 01 jun 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2008.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 19 jun 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS/GM nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011.** Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html#:~:text=Estabelece%20que%20os%20Servi%C3%A7os%20Residenciais,SRTs%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias. Acesso em: 25 nov. 2024.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **CCJ aprova projeto que susta resolução do CNJ sobre Política Antimanicomial do Poder Judiciário**. 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/984524-ccj-aprova-projeto-que-susta-resolucao-do-cnj-sobre-politica-antimanicomial-do-poder-judiciario#:~:text=Entre%20outros%20pontos%2C%20a%20Resolu%C3%A7%C3%A3o,acusado%20ou%20preso%20seja%20descontinuado>. Acesso em: 20 ago. 2023.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Decreto Legislativo nº 81, de 2023**. Susta a aplicação da Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023 do Conselho Nacional de Justiça – CNJ. 2023. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2283396 Acesso em: 21 ago. 2023.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência e saúde coletiva**, 23, 6, 1707-1714, 2018.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Florianópolis: **Texto Contexto Enfermagem**. Out-Dez; 15(4): 679-84, 2006.

CARRARA, S. L. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.**, 20(1): 16-29, 2010.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social**: problemas sociais brasileiros de saúde mental. Livraria Atheneu, 1984.

CFP. **Inspeção aos manicômios**: relatório Brasil. 1º ed. Brasília: CFP, 2015.

CIB. **Resolução nº 5.305 de 09 de junho de 2020**. Aprova a garantia de uma vaga em Serviço Residencial terapêutico (SRT), para acolhimento de pessoas egressas do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco (HCTP/PE). 2020. Disponível em: https://portal-antigo.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_5305_hospital_de_custodia_e_tratamento_psiquiatrico_de_pernambuco_hctp_-_raps.pdf Acesso em: 26 nov. 2024.

CIT. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html Acesso em: 25 jul. 2023.

CNES. Unidade básica de saúde prisional HCTP. 2023. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp> Acesso em: 08 ago. 2023.

CNJ. **Recomendação nº 35 de 12 de julho de 2011**. Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciais e a execução da medida de segurança. 2011. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/849> Acesso em: 25 mar 2023.

CNJ. **Relatório de Inspeções**: Estabelecimentos prisionais do Estado de Pernambuco 2022. Conselho Nacional de Justiça: Departamento de Monitoramento e Fiscalização do sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas de Segurança, 2022.

CNJ. **Resolução nº 113 de 20 de abril de 2010**. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução da pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_113_20042010_25032019153433.pdf Acesso em: 17 jun. 2023.

CNJ. **Resolução nº 487 de 15 de fevereiro de 2023**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf> Acesso em: 19 jun. 2023.

CNPCP. **Resolução nº 4, de 30 de julho de 2010**. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. 2010.

CNPCP. **Resolução nº 5, de 4 de maio de 2004**. Dispõe a respeito das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. 2004.

CNS. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 08 ago. 2023.

COHEN, C. Medida de Segurança. In: COHEN, C.; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M. (org.) **Saúde Mental, Crime e Justiça**. 2º ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, p. 123-129, 2006.

COHEN, C.; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M. (org.) **Saúde Mental, Crime e Justiça**. 2º ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

COHEN, C.; MARCOLINO, J. A. M. Noções históricas e filosóficas do conceito de saúde mental. In: COHEN, C.; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M. (org.) **Saúde Mental, Crime e Justiça**. 2º ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, p. 17-28, 2006.

CORDEIRO, E. L.; SILVA, T. M.; SILVA, L. C. R.; PEREIRA, C. E. A.; PATRICIO, F. B.; SILVA, C. M.; Perfil Epidemiológico dos detentos: patologias notificáveis. v. 26, n.6. P. 170-178. **Av Enferm.**, 2018.

CORREIA, J. S. Saúde mental na Contemporaneidade: aspectos psicossociais. In: MEDEIROS, C. C. S. (org.). **Saúde Mental e o Direito: ensaios em homenagem ao professor Heitor Carrilho**. São Paulo: Método, p. 69-74, 2004.

CORREIA, L. C. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas), Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/16008/1/Arquivototal.pdf> Acesso em: 09 jan 2025.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 3º ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1981.

CREMEPE. **Relatório de Fiscalização**. Itamaracá: CREMEPE, 2017.

DELGADO, M. L. Os deficientes mentais e o novo código civil. In: MEDEIROS, C. C. S. (org.). **Saúde Mental e o Direito**: ensaios em homenagem ao professor Heitor Carrilho. São Paulo: Método, p. 17-21, 2004.

DESINSTITUTE. **Desinstitucionalização**: Da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado. Desinstitute, 2023. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/documento/desinstitucionalizacao-da-saida-do-manicomio-a-vida-na-cidade-estrategias-de-gestao-e-de-cuidado.pdf?x25746> Acesso em 25 nov. 2024

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011, Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião oeste do Paraná. V. 39, n. 104. P. 18-29. **Saúde em Debate**, 2015.

ENGEL, M. Psiquiatria e Feminilidade. In: PRIORE, M (org.). **História das mulheres no Brasil**. 10º ed. São Paulo: Editora Contexto, p. 322-361, 2018.

ESTEFAM, A.; GONÇALVES, V. E. R. **Código Penal Esquematizado**: parte geral. 5º ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2016.

FALEIROS, L. T.; RUSSI, S. C. Caixão a céu aberto: desencarceramento de urgência na pandemia do COVID-19 nas prisões brasileiras. v. 7, n. 4. **Brazilian Journal of Development**, 2021.

FOLHA DE PERNAMBUCO. **Centro de Saúde Penitenciário terá nova sede, em Abreu e Lima**. 2021. Disponível em: <https://www.folhape.com.br/noticias/centro-de-saude-penitenciario-csp-tera-nova-sede-em-abreu-e-lima/180393/> Acesso em: 04 set. 2023.

FOUCAULT, M. **A sociedade punitiva**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2015.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. 2ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 28º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura**. 10 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2008.

FUNCIA, F. R.; Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para alocação adicional de recursos. v. 24, n. 12. P. 4405-4414, **Ciência & Saúde Coletiva**, 2019.

GASAM. **Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Pernambuco**. Recife, GASAM, 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6º ed. São Paulo: Atlas; 2008.

GIRARDI, S.; CARVALHO, C. L.; MAAS, L. W. D.; FARAH, J.; FREIRE, J. A. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. N. 45. P. 11-23. Rio de Janeiro: **Divulgação em Saúde para Debate**, 2010.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2010.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, p. 72-95, 2016.

IAMAMOTO, M. CARVELHO. R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41º ed. São Paulo: Editora Cortez, 2014.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. V. 6, n. 2. P. 31-46. **Saúde e Sociedade**, 1997. Disponível em: scielo.br/j/sausoc/a/hvM7qCyv5M5wNpWc7xQJjGt/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 25 nov. 2024.

KOLKER, T. Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto da reforma psiquiátrica: realidades evidenciadas pelas inspeções e alternativas possíveis. In: VENTURINI, E.; OLIVEIRA, R. T.; MATTOS, V. (orgs.). **O louco infrator e o estigma da periculosidade**. 1º ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, p. 204-230, 2016.

KVALE, S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. **American Journal of Evaluation**, v. 19, n. 2, p. 267-270, 1998. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/109821409801900217>. Acesso em: 19 jun. 2020.

LEANO, H. A. M.; ARAÚJO, K. M. F. A.; BUENO, I. C.; NIITSUMA, E. N. A.; LANA, F. C. F. Fatores socioeconômicos relacionados à hanseníase: revisão integrativa da literatura. V. 72, n. 5. P. 1474-1485. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2019.

LIMA, I. S. **Racismo e sistema Prisional: a institucionalização do racismo estendido aos familiares**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Bahia, 2019. Disponível em: <https://ri.ufrb.edu.br/handle/123456789/3042> Acesso em: 26 nov 2024.

LIMA, F. S.; JEREMIAS, J. D. C.; FERRAZZO, D. Como gênero e raça estruturam o sistema prisional: Diálogos com Angela Davis sobre racismo e sexismo no controle punitivo brasileiro. V. 15, n. 2. P. 1-29. Rio de Janeiro: **Revista Direito e Práxis**, 2024.

MARQUES, G. L. Descentralização e subfinanciamento no SUS: impactos na equidade e acesso à saúde no Brasil (1998-2018). v. 19. **Revista Multidisciplinar**, 2019.

MARTÍNEZ-SALGADO, C. Amostra e transferibilidade: como escolher os participantes em pesquisas qualitativas em saúde? In: BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D. (orgs.). **Tópicos Avançados em Pesquisa Qualitativa: fundamentos teórico-metodológicos**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, p. 170-201, 2021.

MARTINS, M. E. R.; ASSIS, F. B.; BOLSONI, C. C. Ressuscitando a indústria da loucura?! **Interface**, 2019.

MATTOS, V. **Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MAZIERO, R. M. S. A influência das políticas públicas e das transformações sociais no desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil: da colonização à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). v. 19. **Revista Multidisciplinar**, 2019.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MEDEIROS, C. C. S. Vida e obra do professor Heitor Carrilho. In: MEDEIROS, C. C. S. (org.) **Saúde mental e o Direito: ensaios em homenagem ao professor Heitor Carrilho**. São Paulo: Editora Método, p. 97-102. 2004.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. v. 42, n. 116. Rio de Janeiro: **Saúde Debate**, 2018.

MPF. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001**. Brasília: MPF, 2011.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, H. B.; CARDOSO, J. C. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. V. 15, n. 3. P. 194-199. **Rev. Panam. Salud Publica**, 2004.

OLIVEIRA, J. B. **Da senzala ao sistema prisional: a institucionalização do Racismo no Brasil**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia), Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2021.

OLIVEIRA, R.S.; MORAIS, H. M. M. Flexibilização dos vínculos de trabalho na atenção secundária: limites da política nacional de saúde bucal. V. 14, n. 1. P. 119-137. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2016.

PASSOS, R. G.; PORTUGAL, S. Breve balanço da política de saúde mental: análise comparativa Brasil e Portugal a partir da experiência das residências terapêuticas. V. 19, n. 1. P. 91-102. São Luís: **R. Pol. Públ.**, 2015.

PEREIRA, A. A. C.; LEMOS, M.; CUNHA, C. L. F.; SOUZA, H. S.; ALVARENGA, E. C.; FERREIRA, G. R. O. N.; MERCÊS, H. L. P.; PINHO, E. C. C. Os impactos da reforma trabalhista sobre o trabalho da enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remc/article/view/39242/30810> Acesso em 25 nov. 2024.

PEREIRA, M. E. C. Pinel: a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v.8, n. 3, 2004.

PEREIRA, W. M.; RIBEIRO, G. R.; LOPES, L. O.; MARTELLI, D. R. B.; MARTELLI JÚNIOR, H. Desdobramentos do direito fundamental à saúde no sistema prisional brasileiro em meio à pandemia de Covid-19. v. 15, n. 2. P. 1070-1103. Portugal: **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, 2023.

PERNAMBUCO. **Decreto nº 53.366, de 17 de agosto de 2022**. Redenomina o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Alepe, 2022. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=67286> Acesso em: 09/02/2025.

PERNAMBUCO. **Política Estadual de Saúde Mental de Pernambuco**. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 2018.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro**: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. *In*: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (orgs.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008. p. 37-50.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de doenças. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5º ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi, p. 15-30, 1999.

SANTOS, A. L. G.; FARIAS, F., R. Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. v.17, n.3, São Paulo: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 2014.

SANTOS, M. S. P.; ANDRADE, L. M. S.; SANTOS, R. K. C. A. S. Medida de segurança e saúde mental: o caso do HCTP Pernambuco. V.6, n.1, Monte Claros (MG): **Revista Serviço Social em Perspectiva**, 2022.

SANTOS, P. R. F.; SANTOS, F. F. N.; SANTOS, L. G. G.; MENEZES, M. T. S. Encarceramento em massa e racismo: a realidade no sistema prisional sergipano. v. 25, n. 2. Florianópolis: **Revista Katál.**, 2022. disponível em: scielo.br/j/rk/a/cvWYSwGxjFFGHF7sMwYXntB/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 26 nov. 2024.

SARZANA, M. B. G.; GELBCKE, F. L.; FERNANDES, G. C. M.; SOUZA, A. I. J.; RODRIGUES, J.; BRUGGMANN, M. Fortalecendo a articulação da Rede de Atenção Psicossocial Municipal sob a perspectiva interdisciplinar. V. 26. **Cogitare Enfermagem**, 2021.

SEVCENKO, N. **A revolta da vacina**: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Editora Unesp, 2018.

SILVA, A. L. F. G. **O tratamento jurídico cível da loucura em Fortaleza na Primeira República**. Monografia apresentada ao Curso de Direito - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

SILVA, P. M. C.; SOUZA, K. R. TEIXEIRA, L. R. Política de despreciação do trabalho em saúde em uma instituição federal de C&T: a experiência de professores e pesquisadores. V. 15, n. 1. P. 95-116. Rio de Janeiro: **Trab. Educ. Saúde**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/XPLrMDPX8Yq9L6JJQqQk7xf/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 25 nov. 2024.

SIMIONATTO, I. **Gramsci**: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social. São Paulo: Editora Cortez, 2014.

SISDEPEN. **Custo do Preso**. Departamento Penitenciário, Sistema de Informações do Departamento Penitenciário, 2024. Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMWE0MGI5MmUtZjEyNC00ZmQzLTk2MmYtOWFjNzEwOTY0NjkwIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9> Acesso em: 29 nov. 2024.

SISDEPEN. **Relatórios de Informações Penais: RELIPEN**. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário, Sistema de Informações do Departamento Penitenciário, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/PE> Acesso em: 29 nov. 2024.

SOUZA, J. **A elite do atraso: da escravidão a Bolsonaro**. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2019.

TJDFT. **Tutela X Curatela**. 2022. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/tutela-x-curatela> Acesso em: 08 ago. 2023.

TJPE. PAT-PE: **Programa Integrado de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Estado de Pernambuco**. Recife, 2023.

TJPE. Portaria nº 001 de 21 de janeiro de 2024. **Dispõe sobre a Interdição Parcial do Centro de Saúde Penitenciário – CSP e dá outras providências**. Capital: 1º Vara de Execução Penal do Estado, 2024.

TUCCI JUNIOR, C.; ADAMI, F. A. C. Privatização dos presídios como forma de uma Política Criminal Penitenciária Ressocializadora. **Unisanta Law And Social Science**, v. 8, n. 1, p. 208-226, 2019.

ZGIET, J. **Saúde mental e moral capitalista do trabalho: a dialética das alienações**. Curitiba: Editora Appris, 2021.